СКОРАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

СПРАВОЧНИК ФЕЛЬДШЕРА

БИБЛИОТЕЧКА
ЗАКАНДЫКИНА

СКОРАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

СПРАВОЧНИК ФЕЛЬДШЕРА

Под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора
С. М. Полюхова

КИШИНЕВ
КАРТЯ МОЛДОВЕНЯСКЭ
1984

51.1(2)2я2
С 44

Отрецензировано и рекомендовано к изданию
доктором медицинских наук, профессором *В. Д. Белоусовым*

С $\frac{4102000000-011}{M751(12)-84}$ 134—84

© Издательство «Картя Молдовеняскэ», 1984.

I. ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ОСНОВЫ РЕАНИМАЦИИ ПРИ НИХ

К терминальным состояниям относятся все стадии умирания, (преагония, агония, клиническая смерть), которые содержат в себе общие закономерности и симптоматику независимо от причин, их вызвавших. Умирание — процесс прогрессирующий и не может быть остановлен без помощи извне.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (ИВЛ). Проводится при полной остановке или резком ухудшении вентиляции легких вследствие нарушения проходимости дыхательных путей, механики дыхания или патологического процесса в легких. Применяются экспираторные приемы ИВЛ «изо в рта в рот», «изо рта в нос», а также через S-образный воздуховод. Могут быть использованы: самораздувающийся мешок типа «Амбу», прессоциклические ручные аппараты ИВЛ (типа РПА), дыхательные автоматы типа «Лада», ДП, которыми снабжаются в настоящее время машины скорой помощи.

Важнейшим приемом дыхательной реанимации является восстановление проходимости дыхательных путей. Для этого больному запрокидывают голову, максимально раскрывают рот и выдвигают нижнюю челюсть. Это дает возможность удалить инородные тела и желудочное содержимое из ротовой полости. Наличие содержимого в ротоглотке и в дыхательных путях устанавливается после первой же попытки произвести искусственный вдох. Для полной санации воздухоносного тракта следует незамедлительно использовать вакуумотсасыватели, также имеющиеся в оснащении машин скорой помощи.

Быстро проведенные манипуляции дают возможность приступить к ИВЛ по одному из описанных методов.

Проведение экспираторных методов ИВЛ. Больного укладывают горизонтально на спину, запрокидывают голову и выдвигают нижнюю челюсть. Фельдшер набирает в легкие воздух, обхватывает губа-

ми раскрытый рот пострадавшего (из гигиенических соображений лучше через марлевую маску или носовой платок) и вдувает воздух в его дыхательные пути. При этом одной рукой он поддерживает выдвинутую челюсть, а другой зажимает ноздри больного. Такое дыхание проводится с частотой 10—16 в мин у взрослых и 20—30 у детей. Полноценность вентиляции определяется умеренным приподнятием грудной клетки на вдохе и свободным опусканием ее на выдохе.

Подобным же образом проводится дыхание «изо рта в нос» и «изо рта в рот и нос», а также через S-образный воздуховод.

Вентиляция с помощью маски облегчает задачу оказывающего помощь. Маской закрывают нос и рот больного, одновременно выдвигая челюсть. Вентиляция обеспечивается периодическим сжиманием мешка «Амбу» или меха аппаратов РПА-2 и РДА-1, присоединенных к маске через переходник. Во время выдоха маску сдвигают, чтобы она не препятствовала этому акту.

Кратковременную ИВЛ можно проводить и дыхательными автоматами. Следует иметь в виду, что работа с дыхательными аппаратами требует определенного навыка и тренировки, без которых цель экстренной помощи не будет достигнута.

Для более длительной ИВЛ показана интубация трахеи, которая должна выполняться только врачом.

ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА. Проводится при полной остановке сердца или при неэффективных его сокращениях. Если констатирована внезапная остановка сердца, рекомендуется прежде всего резко ударить кулаком по грудине (в некоторых случаях это восстанавливает сердечную деятельность). При неэффективности данного приема следует немедленно приступить к массажу. Для этой цели больного укладывают спиной на твердую основу, лучше всего на пол. Одну ладонь кладут на нижнюю треть грудины, другую — поверх первой, и резким толчкообразным движением с использованием массы собственного тела нажимают на грудину так, чтобы она сместилась к позвоночнику на 4—5 см. При этом кровь выдавливается из полости сердца в сосуды. Число таких компрессий у взрослого должно быть 60—80, у детей 100—120 в минуту.

Детям массаж проводится одной рукой, новорожденным и грудным — кончиками двух пальцев.

Чрезмерное применение силы влечет за собой переломы ребер и грудины.

Обычно массаж сердца сочетается с ИВЛ. Если оживляет один спасатель, то он должен через каждые 15 сжатий грудины произвести 2 искусственных вдоха. Если же в реанимации участвуют двое, то один проводит ИВЛ, другой — массаж сердца (соотношение 5:1). При этом движение массажа не должно совпадать с вдуванием воздуха.

ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ. Проводится при фибрилляции желудочков, когда разрозненные, несинхронные сокращения отдельных мышечных волокон не могут обеспечить нагнетательную функцию сердца. Достоверно диагностировать фибрилляцию желудочков можно только по ЭКГ. Заподозрить таковую следует в том случае, если длительный эффективный массаж сердца не дает восстановления самостоятельных сокращений.

Дефибрилляция (кардиоверсия) работниками скорой помощи может быть применена по жизненным показаниям и при выраженных нарушениях сердечного ритма (пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия), сопровождающихся расстройствами кровообращения и дыхания.

Для указанной цели используется импульсный дефибриллятор ДИ-03. Наружные электроды дефибриллятора смазывают электропроводной пастой или обертывают марлевой салфеткой, смоченной в изотоническом растворе хлорида натрия, и прикладывают к обезжиренной спиртом коже пострадавшего следующим образом: один электрод в виде диска диаметром 15 см (пассивный) подкладывают под левую лопатку, другой (активный) с помощью изолирующей пластмассовой рукоятки плотно прижимают к грудной клетке в области верхушки сердца. Тело больного не должно соприкасаться с металлическими деталями стола или кровати. Аппарат должен быть заземлен. Дефибрилляция осуществляется серией последовательных разрядов импульсного тока. Начинают с 3500 В, повышая каждый раз на 500 В. При необходимости доводят до 6000—7000 В.

ПУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. Проводится при внутрисердечных инъекциях лекарственных средств. Иглу не менее 10 см длиной и 1—2 мм диаметром с насаженным шприцем следует ввести перпендикулярно грудной стенке в IV межреберье, отступив на 2,5—3,0 см от левого края грудины. Свободное поступление крови в шприц подтверждает нахождение иглы в полости желудочка. После введения нужных средств (адреналин,

хлористый кальций) по движениям иглы можно судить о состоянии миокарда: отсутствие движений свидетельствует о продолжающейся асистолии, слабые быстрые колебания — о фибрилляции желудочков, медленные и слабые колебания — о гипосистолии, сильные ритмичные движения — о восстановлении эффективных сокращений

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ зависит прежде всего от их эффективности, которая оценивается по следующим основным признакам.

1. Наличие пульсовых волн на периферических сосудах (лучевая артерия), соответствующих движениям массажа сердца.
2. Сужение зрачков и появление реакции на свет.
3. Порозовение кожных покровов и слизистых.
4. Восстановление дыхания и отдельных движений.

При наличии этих признаков необходимо настойчиво и энергично продолжать реанимационные мероприятия; при их отсутствии, несмотря на последовательное и технически правильное проведение всех этапов оживления, реанимацию можно прекратить.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ОДН). Состояние, при котором легочный газообмен не обеспечивает потребности организма в кислороде или требует слишком больших энергозатрат. Развивается при нарушениях дыхательного центра и проводящих нервных путей, механики дыхания, проходимости дыхательных путей, легочного кровотока, легочной паренхимы и пр. В клинических условиях ОДН чаще всего вызывается комбинацией причин, нарушающих вентиляцию, кровоток и диффузию газа через альвеолярно-капиллярную мембрану. Работникам скорой помощи обычно приходится наблюдать ОДН при утоплении, поражении электрическим током, отравлениях угарным газом и другими химическими и лекарственными средствами, нарушениях мозгового и коронарного кровообращения, повреждениях головы, шеи, груди и живота, нарушении проходимости дыхательных путей (инородные тела, отек, спазм), легочных заболеваниях.

Симптомы. Беспокойство, учащение и уменьшение глубины дыхания (а при резком угнетении — урежение его и появление патологических ритмов), потливость, тахикардия, повышение (а затем снижение) АД, цианоз губ, ногтей, кожных покровов (отсутствие цианоза не исключает дыхательной недостаточности и гипоксии).

Неотложная помощь зависит от происхожде-

ния и быстроты развития ОДН. 1. Придать больному удобное положение. 2. При коматозном состоянии обеспечить проходимость дыхательных путей (см. технику ИВЛ). 3. Обезболивающие средства, если ОДН вызвана болевым синдромом. 4. Осмодиуретики (лазикс 20—60 мг, мочевина и маннитол 0,5—1 г/кг) при травмах черепа. 5. Ингаляции O_2 (независимо от причины ОДН) через маску наркозного аппарата. 6. Седуксен 2—4 мл (10—20 мг), аминазин 2 мл (50 мг) при судорогах. 7. Вспомогательная вентиляция через маску дыхательным аппаратом при гиповентиляции. 8. ИВЛ при апноэ.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ. К ним следует отнести артериальные гипотензии и полную остановку кровообращения.

Артериальные гипотензии (коллапс) в зависимости от патогенеза могут быть условно разделены на 2 типа: сердечные и сосудистые (т. е. преимущественно сердечного или сосудистого генеза, т. к. обычно они выявляются в определенном сочетании).

Сердечные гипотензии. Развиваются в результате инфаркта миокарда, сердечной астмы, нарушений сердечного ритма, декомпенсации функции миокарда, воспалительных и токсических поражений миокарда, пороков сердца и пр. В диагностике гипотензий этого типа большое значение имеет тщательно собранный анамнез.

Симптомы. К числу общих признаков сердечной недостаточности следует отнести: вынужденное положение (чаще приподнятое на подушке), цианоз кожных покровов и слизистых без нарушений дыхания, холодные конечности, тахикардия (или нарушение ритма), преимущественное снижение систолического и пульсового АД, уменьшение диуреза.

Специфические для каждого вида патологии признаки описаны в соответствущих разделах.

Неотложная помощь. 1. Придать возвышенное положение больному. 2. Обеспечить кислородную ингаляцию (желательно через маску наркозного аппарата). 3. Строфантин 0,3—0,5 мл 0,05% р-ра или коргликон 0,5—1,0 мл 0,06% р-ра в/в на 40% глюкозе. 4. Дроперидол 1—2 мл в/м (для устранения централизации кровообращения). 5. Промедол 1—2 мл 1% р-ра или фентанил 1—2 мл п/к или в/м. 6. Бикарбонат натрия 200 мл 4% р-ра в/в капельно.

Госпитализация при остро развившейся патологии обязательна, на носилках.

Сосудистые гипотензии (см. также «Обморок»). Наблюдаются при острой кровопотере, тяжелых ожогах, шоке, острых отравлениях снотворными, седативными и другими препаратами, надпочечниковой недостаточности.

Симптомы. Характерно преимущественное снижение диастолического АД. Положение больного горизонтальное. Кожные покровы и слизистые бледные, холодный липкий пот. Дыхание и пульс учащены. О причине гипотензии много скажет анамнез и осмотр больного.

Неотложная помощь. 1. Устранить по возможности причину гипотензии (остановка кровотечения, удаление из организма или прекращение поступления в кровь яда, наложение повязок и т. д.). 2. Уложить больного строго горизонтально. 3. Гидрокортизон до 500 мг или преднизолон до 120 мг в/в капельно на 400—800 мл полиглюкина (реополиглюкина, желатиноля). 4. Норадреналин 0,5—1,0 мл 0,1% р-ра вместе с гормональными препаратами (если остановлено кровотечение!).

Госпитализация экстренная в хирургическое отделение, реанимационный, ожоговый или токсикологический центры.

Остановка кровообращения (асистолия, неэффективное сокращение сердца, фибрилляция желудочков). Возникает в результате дальнейшего углубления артериальной гипотензии и соответствующего патологического процесса или внезапно при различной острой патологии (травмы).

В реанимационной практике наибольший интерес представляет внезапная остановка кровообращения (сердца). Развивающаяся при этом клиническая смерть обратима, что дает основание для активного и быстрого вмешательства в этот процесс. Длительность клинической смерти невелика (3—5 мин, при внезапной остановке сердца), а сохранение жизнеспособности клеток мозга в это время обеспечивается запасом O_2 и бескислородным (аварийным) обменным циклом, интенсивность которого быстро падает, что ведет к необратимым поражениям ЦНС и других органов. Необходима быстрая диагностика, ориентировка в случившемся и решительные реанимационные действия.

Симптомы. Отсутствие сознания, пульсации на крупных артериальных сосудах, сердечных тонов, дыхания, широкие зрачки без фотореакций, бледность или цианоз кожных покровов (в зависимости от причины,

приведшей к клинической смерти), возможны клинические и тонические судороги. На ЭКГ — отсутствие биоэлектрической активности (прямая линия), медленный желудочковый ритм с низким вольтажем или фибрилляция желудочков (крупно- или мелковолновая).

Наступление клинической смерти настолько характерно и очевидно по общим признакам, а время так дорого, что не стоит тратить его на контроль всех указанных симптомов, тем более на попытки обязательно прослушать тоны сердца или определить наличие дыхания с помощью зеркала. Отсутствие пульса и широкие зрачки — достаточная информация для незамедлительного оказания реанимационного пособия.

Неотложная помощь. 1. Устранить причину (жгут или прижатие кровоточащего сосуда, восстановить проходимость дыхательных путей, удалить пострадавшего из опасной зоны и т. д.). 2. Закрытый массаж сердца и ИВЛ (см. соответствующий раздел главы). 3. Адреналин 0,2—0,5 мл 0,1% р-ра в 5 мл изотонического раствора хлорида натрия или глюкозы внутрисердечно (см. «Пункция левого желудочка») или в/в, после чего продолжить массаж. 4. Хлорид кальция 5—10 мл 10% р-ра внутрисердечно или в/в. Медикаментозная стимуляция сердца проводится в ходе массажа каждые 5 мин. 5. Бикарбонат натрия 200—350 мл 4% р-ра в/в капельно. Повторять введение при массаже каждые 10 мин. 6. Гидрокортизон 250—500 мг или преднизолон 60—120 мг на глюкозе. 7. Полиглюкин (реополиглюкин) в/в струйно. 8. Атропин 0,5—1,0 мл 0,1% р-ра в/в. 9. Дефибрилляция при наличии признаков или подозрении на фибрилляцию желудочков (см. «Дефибрилляция желудочков»).

Госпитализация срочная (реанимационные меры могут продолжаться в салоне машины специализированной бригадой) в реанимационный центр, если удалось восстановить работу сердца.

УТОПЛЕНИЕ. Особо острое патологическое состояние, связанное с затруднением или прекращением газообмена в результате блокирования дыхательных путей жидкой средой (чаще водой). Причина: аспирация жидкости при сохранении дыхания, ларингоспазм (без попадания жидкости), асистолия в результате психического или рефлекторного воздействия. Патогенез зависит от состояния организма пострадавших, от состава и температуры воды. Чаще всего вода попадает в дыхательные пути после кратковременной задержки дыхания (ис-

тинное утопление). Развивающаяся гипоксия вызывает утрату сознания. Пострадавший опускается на дно, продолжая аспирировать воду. Пресная вода при этом, имея низкое осмотическое давление, быстро проникает в сосудистое русло. Из наполненных легочных капилляров в альвеолы поступает плазма, образуя пену, заполняющую дыхательные пути и затрудняющую восстановление газообмена после извлечения утонувшего на сушу. В сосудистом русле происходит разжижение крови (гемодиллюция) и разрушение эритроцитов (гемолиз). В альвеолах и бронхиолах пресная вода разрушает и растворяет поверхностно-активный субстрат (сурфактант), что приводит к образованию множественных ателектазов, также затрудняющих проведение реанимационного пособия.

При утоплении в морской воде наблюдается другая картина. Благодаря большему, чем в крови, осмотическому давлению, она притягивает воду и белки из сосудистого русла в альвеолы. Электролиты воды частично диффундируют в кровь. Развивается гемоконцентрация и гипопротеинемия, отек легких.

Симптомы. Возбуждение или заторможенность спасенных при сохраненном сознании (раннее спасение). Этот период характеризуется цианозом кожи и слизистых, ознобом, шумным дыханием, кашлем, тахикардией и гипертензией, рвотой.

При извлечении утонувшего в агональном периоде сознание отсутствует, но сохраняются дыхательные движения и сердечные сокращения. Кожные покровы холодные, резко цианотичные. Изо рта и носа выделяется пенистая розовая жидкость. Дыхание прерывистое с тенденцией к угнетению. Сердечные сокращения редкие, аритмичные, пульсация определяется только на крупных артериях. Часто наблюдается тризм жевательных мышц.

Период клинической смерти при утоплении очень короткий (длительная предшествующая гипоксия) и соответствует по симптоматике вышеописанной.

Неотложная помощь. 1. При отсутствии дыхания — ИВЛ методом «изо рта в рот» еще в воде при буксировке пострадавшего и далее, при доставке на берег, не тратя времени на удаление воды из дыхательных путей. Затем можно использовать аппарат РПА-2. 2. Закрытый массаж сердца сразу же, как только пострадавший будет уложен на дно лодки или на берег. 3. Ингаляция O_2 при наличии дыхания. 4. Лазикс 20—60 мг

в/в при утоплении в пресной воде. 5. Полиглюкин 400—800 мл в/в капельно при утоплении в морской воде. 6. После восстановления сердечной деятельности и дыхания — срочная транспортировка в лечебное учреждение (реанимационный центр) при продолжении интенсивной терапии и готовности к повторной реанимации.

ЭЛЕКТРОТРАВМА. Поражение электротоком вызывает глубокие функциональные изменения и повреждения ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также местные повреждения. Характер и тяжесть повреждений зависят от вида тока, его напряжения, силы и частоты, сопротивления кожных покровов, общего состояния организма, путей прохождения тока в организме, длительности его воздействия, метеорологических и гигиенических факторов. Определенное значение имеет температурное воздействие тока (ожоги), степень которого зависит от силы и напряжения его. При напряжении тока более 500 В в месте контакта наступает «пробой» кожи и сопротивление тела определяется тогда только сопротивлением внутренних сред организма. Непосредственный эффект электротравмы часто зависит от пути прохождения тока. Наиболее опасен путь — левая рука — правая нога, когда он проходит через сердце, легкие и другие органы с малым сопротивлением. Сочетание высокого напряжения и тока большой силы дает обычно необратимые изменения в организме и пострадавший гибнет на месте происшествия. Поэтому реанимационная помощь имеет смысл только при поражениях током напряжением менее 1000 В. К развитию терминального состояния при этом приводит фибрилляция желудочков сердца и тетанический спазм дыхательной и другой мускулатуры.

Симптомы. Факт поражения электротоком выявляется при опросе пострадавшего или свидетелей, а также при обнаружении следов контакта с источником. Нарушения дыхания прежде всего бывают связаны с непосредственным воздействием тока (спазм мышц и голосовых связок). Они самостоятельно исчезают после прекращения воздействия тока, за исключением случаев поражения продолговатого мозга. Когда петля тока проходит через грудную клетку, нарушается и сердечная деятельность (вплоть до фибрилляции желудочков). Тогда нарушения вентиляции развиваются вторично. Терминальное состояние определяется по общим признакам.

Неотложная помощь. 1. Прекратить воздейст-

вие электрического тока на пострадавшего (отключить источник тока или разобщить проводник). 2. При отсутствии дыхания (но при удовлетворительном кровообращении) немедленно приступить к ИВЛ. 3. При остановке кровообращения проводится полный комплекс реанимационных мероприятий. 4. Стерильные повязки на обожженные поверхности. 5. Временная иммобилизация конечностей при переломах и вывихах.

Госпитализация обязательна во всех случаях: при легких поражениях в кардиологическое отделение, при тяжелых — в реанимационный центр.

II. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК является самым грозным аллергическим осложнением. Его могут вызвать практически все применяемые в настоящее время лекарственные препараты, сыворотки и вакцины, пищевые продукты (особенно рыба, молоко, яйца), алкогольные напитки, охлаждение (купание), укусы пчел, ос, шмелей, шершней.

Характерными для патогенеза анафилактического шока являются сокращение гладкой мускулатуры бронхиол, кишечника, мочевого пузыря и других органов, нарушение сосудистой проницаемости, аллергическое воспаление кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. Морфологически при анафилактическом шоке выявляются полнокровие и отечность мозговых оболочек и мозга, легких и других органов, кровоизлияние в плевру, эндокард, почки, надпочечники, слизистую оболочку желудка и кишечника.

Симптомы. Лекарственный анафилактический шок развивается, как правило, у больных, получавших данный медикамент повторно (особенно при аллергических проявлениях после первого приема), у лиц с лекарственной сенсибилизацией, у страдающих аллергическими заболеваниями (коллагенозы, бронхиальная астма, крапивница и др.). Скорость возникновения осложнения — от нескольких секунд или минут до 2 часов и более. У высокосенсибилизированных больных ни доза, ни способ введения препарата не играют решающей роли в провокации шока. Симптомы шока многообразны, а степень выраженности их варьирует у разных больных. По степени тяжести можно выделить легкий, среднетяжелый и крайне тяжелый шок.

Иногда больные успевают только сказать, что им «плохо» или, что «все тело обожгло крапивой», после чего теряют сознание. Чаще же всего больные жалуются на внезапно наступившую слабость, одышку экспираторного типа, сухой кашель, чувство «сдавления груд-

ной клетки», «страх смерти», насморк, головокружение, снижение зрения, потерю слуха, резчайший кожный зуд, озноб, боли в животе и сердце, тошноту, рвоту, позывы на стул и мочеиспускание. Затем может наступить потеря сознания.

Объективно отмечается тахикардия, нитевидный пульс, низкое или неопределяемое АД, холодный пот, цианоз или резкая гиперемия кожных покровов, одышка экспираторного типа. Выслушиваются сухие хрипы в легких, глухие тоны сердца. Характерны расширение зрачков, судороги, пена изо рта, иногда резкий отек языка, непроизвольная дефекация, задержка мочеиспускания, отек лица, гортани, распространенные уртикарные высыпания.

Длительность симптомов анафилактического шока зависит от степени сенсибилизации, правильности и своевременности лечения, от сопутствующих заболеваний и осложнений. В одних случаях смерть наступает в течение 5—30 мин от асфиксии, в других через 24—48 и более часов или дней — от тяжелых изменений в почках, печени, желудочно-кишечном тракте, сердце, мозге и других органах.

После перенесенного анафилактического шока наблюдаются температура, адинамия, заторможенность, боли в мышцах, животе, пояснице, рвота, понос (иногда кровавый), кожный зуд, крапивница или отек Квинке.

Неотложная помощь. 1. Уложить больного, повернуть его голову в сторону и придерживать нижнюю челюсть во избежание асфиксии рвотными массами. 2. Выше места введения медикамента или укуса насекомых наложить жгут. Место введения лекарственного препарата или аллергена обколоть адреналином (0,5—1 мл 0,1% р-ра), приложить лед для предотвращения всасывания аллергена. При укусе пчелы или осы жало и мешочек с ядом необходимо удалить, так как всасывание продолжается еще 20—40 мин. 3. Димедрол 2 мл 1% р-ра (супрастин 2 мл 1% р-ра или пипольфен 2 мл 2,5% р-ра) в/в. Пипольфен нельзя вводить больным, у которых анафилактический шок вызван аминазином, вследствие общих антигенных свойств этих препаратов. 4. Кортикостероидные препараты — преднизолон 30—120 мг или гидрокортизон 100—150 мг в/в. 5. При отсутствии эффекта через 10—15 мин вводят адреналин 0,5 мл 0,1% р-ра в/в (при необходимости повторно). 6. При выраженном бронхоспазме эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в на 20 мл 40% р-ра глюкозы. 7. При развитии лево-

желудочковой недостаточности (сердечная астма, отек легких) строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра на 20 мл 40% р-ра глюкозы. 8. Оксигенотерапия. 9. При подозрении на отек мозга, отек легких лазикс 2 и более мл в/в. 10. При тяжелом коллапсе норадреналин 0,5—1 мл 0,1% р-ра на 300 мл 5% р-ра глюкозы или изотонического р-ра хлорида натрия в/в капельно. 11. При молниеносном течении анафилактического шока адреналин, антигистаминные препараты, эуфиллин ввести сразу же в/в раздельно. 12. Если лечение анафилактического шока начато поздно (состояние комы, анафилактического ацидоза), введение адреналина бесполезно, так как в кислой среде он может вызвать бронхоспастический эффект. В этих случаях вводят в/в эуфиллин, преднизолон, кордиамин, бикарбонат натрия 200 мл 4% р-ра. 13. При нарастании асфиксии в связи с отеком гортани — срочная трахеотомия или интубация трахеи. 14. В случае остановки кровообращения проводить реанимационные мероприятия — непрямой массаж сердца, искусственное дыхание.

Госпитализация обязательна после выведения из тяжелого состояния, купирования основного симптомокомплекса, шока, нормализации АД в реанимационное отделение или отделение неотложной терапии.

АНЕВРИЗМА АОРТЫ РАССЛАИВАЮЩАЯ — локальное повреждение аортальной стенки. Причиной чаще является атеросклероз аорты, реже сифилис, травма, инфекция.

Симптомы. Острое начало, сильнейшая прекардиальная боль, трудно отличимая от боли при остром инфаркте миокарда. Боль сопровождается бледностью, потливостью, тахикардией, однако АД, как правило, всегда повышено. Сердечная недостаточность не развивается. Возможны резкая слабость нижних конечностей, гемиплегия, ухудшение зрения, нарушение сознания, олигурия, гематурия. Смерть может наступить внезапно от внутреннего кровотечения, тампонады сердца, инфаркта миокарда.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 3—4 мл 50% р-ра в/в, димедрол, 1—2 мл 1% р-ра в/в при болях. 2. Кордиамин 2—4 мл, коразол 1 мл 10% р-ра, мезатон 0,5 — 1 мл 1% р-ра п/к или в/в при коллапсе. 3. Дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра, магния сульфат 10 мл 25% р-ра в/в при гипертензии.

Срочная госпитализация в специализированное сосудистое или хирургическое отделение на носилках.

АРИТМИИ СЕРДЦА. Нарушение деятельности сердца, связанное с изменением функции проводящей системы, обеспечивающей ритмичные и последовательные сокращения его отделов. Аритмии сердца могут возникнуть при наличии структурных изменений в проводящей системе сердца или различных вегетативных и эндокринных изменений. Некоторые аритмии в отдельных случаях могут наблюдаться у вполне здоровых лиц.

Синусовая тахикардия — синусовый ритм с частотой более 90 в мин (у взрослых до 150 в 1 мин). В норме наблюдается после физической или эмоциональной нагрузки. В этих случаях ритм заметно урежается при длительной задержке дыхания. Склонность к синусовой тахикардии — одно из проявлений вегетативно-сосудистой дисфункции. Более стойкая тахикардия бывает при тиреотоксикозе, миокардите, сердечной недостаточности, анемии.

Неотложная помощь. Обычно не требуется.

Лечение должно быть направлено на основное заболевание. Вспомогательное значение имеют антиаритмические средства.

Синусовая брадикардия — синусовый ритм с частотой менее 60 в мин. Небольшая синусовая брадикардия бывает у здоровых, особенно у хорошо тренированных лиц в покое, во сне. Иногда наблюдается при инфаркте миокарда, склеротических и воспалительных процессах в области синусного узла, некоторых инфекциях (грипп, эпидемический гепатит), под влиянием лекарств (сердечные гликозиды, препараты калия, изоптин и др.). Отдельные больные ощущают брадикардию как сердцебиение. Выраженная брадикардия приводит к уменьшению минутного объема кровообращения, в связи с чем могут быть холодные конечности, обмороки, стенокардия.

Неотложная помощь. Также не требуется.

Лечение направлено на основное заболевание. При выраженной синусовой брадикардии полезны атропин, белладонна, эуфиллин.

Экстрасистолия — преждевременное сокращение сердца (самая распространенная из аритмий). Может сопровождать любое заболевание сердца. Не менее чем в половине случаев экстрасистолия не связана с заболеванием сердца и обусловлена вегетативными и психоэмоциональными нарушениями, рефлекторными воздействиями со стороны желудочно-кишечного тракта, желчных путей, мочеполовой системы и других внутрен-

них органов, лекарственным лечением (особенно гликозидами), нарушением электролитного баланса (особенно дефицитом калия), употреблением кофе, чая, спиртных напитков. Физическая нагрузка в общем провоцирует экстрасистолию при заболеваниях сердца и подавляет экстрасистолию, связанную с вегетативной дизрегуляцией.

Симптомы. Многие больные не ощущают экстрасистол. Другие ощущают их как усиленный удар сердца или как замирание, остановку сердца. Мнительные личности субъективно плохо переносят экстрасистолы. В отдельных случаях, даже при отсутствии заболевания сердца, экстрасистолы могут заметно снизить работоспособность. При исследовании пульса экстрасистоле соответствует преждевременная ослабленная пульсовая волна или выпадение очередной пульсовой волны. При аускультации находят преждевременные тоны. Экстрасистолы, снижая минутный объем кровообращения, могут способствовать стенокардиям, обморокам. Частые экстрасистолы иногда являются признаком угрожающего мерцания предсердий.

Неотложная помощь. 1. При сочетании с выраженными психо-вегетативными изменениями — седативные средства, бромиды, настойка валерианы, элениум и др. 2. При редком ритме атропин 0,5 мл 0,1% р-ра п/к, настойка белладоны 10—15 капель. 3. При частых экстрасистолах — лидокаин 5—10 мл 1% р-ра, панангин 10—20 мл, новокаинамид 5—10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация показана при частых экстрасистолах и безуспешном лечении.

Пароксизмальная тахикардия — приступы тахикардии с правильным ритмом и частотой от 160 до 220 в мин и более, характеризующиеся внезапным началом и внезапным окончанием. Пароксизмальная тахикардия приводит к неэкономной работе сердца и неэффективному кровообращению. Если она возникает при наличии значительных изменений в сердце, то способствует развитию недостаточности кровообращения.

Различают предсердную, предсердно-желудочковую и желудочковую пароксизмальную тахикардию. Общим для всех форм является: правильный ритм, высокая частота сердечных сокращений, относительно небольшая длительность приступа (минуты, часы, дни), внезапное начало и внезапное окончание, угроза коронар-

ной и сердечной недостаточности при затянувшемся приступе.

Предсердная и предсердно-желудочковая тахикардия в большей степени связана с различными вегетативными, эндокринными, электролитными и другими нарушениями. Желудочковая пароксизмальная тахикардия чаще бывает связана с органическим или токсическим поражением сердца (инфаркт миокарда, миокардит, интоксикация наперстянкой или другими средствами).

Симптомы. В большинстве случаев больной описывает пароксизм как приступ сердцебиения с отчетливым началом и окончанием. Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия нередко сопровождается проявлением вегетативной дисфункции, потливостью, обильным мочеиспусканием в конце приступа, увеличением перистальтики кишечника, небольшим повышением температуры. Затянувшиеся приступы могут сопровождаться обмороками, слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, стенокардией, появлением или нарастанием сердечной недостаточности, возможным развитием инфаркта миокарда. Желудочковая тахикардия с необычно частым ритмом (180 и более в 1 мин) прогностически неблагоприятна и должна рассматриваться как предвестник трепетания или мерцания желудочков.

Неотложная помощь. 1. Успокоить больного, применить седативные средства, прекратить физическую нагрузку. 2. Применить рефлекторные вагусные пробы. Давление на глазные яблоки. Больной, лежа, после 3—4 глубоких дыхательных движений задерживает дыхание и на высоте вдоха фельдшер давит на его закрытые глаза в течение 4—6—10 сек.

Давление на область каротидного синуса. Больной находится в горизонтальном положении с запрокинутой назад головой. Определяется пульсация сонной артерии и производится давление по направлению к позвоночнику в течение 3—4 сек.

Сильное продолжительное натуживание на высоте максимального вдоха. Сидя на стуле, больной максимально натуживается на высоте глубокого вдоха и сгибается вперед, надавливая передней поверхностью бедер на напряженные мышцы живота.

Вызывание рвотных рефлексов.

Иногда больной сам прекращает приступ задержкой дыхания, определенным поворотом головы, другими приемами. 3. Новокаинамид 5—10 мл 10% р-ра в/в.

При удовлетворительной переносимости через 20—30 мин можно ввести еще 5 мл. 4. Кордиамин 1—2 мл, мезатон 0,5—1 мл 1% р-ра или норадреналин 0,2—0,3 мл 0,1% р-ра в/в при коллапсе. 5. Лидокаин 5—10 мл 1% р-ра в/в под контролем АД и частоты сердечных сокращений. 6. Кокарбоксилаза 100—150 мг в/в. 7. Строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра в/в на глюкозе (при желудочковой форме пароксизмальной тахикардии применение строфантина противопоказано). 8. При отсутствии признаков сердечной недостаточности — изоптин 2 мл в/в. 9. При пароксизмальной тахикардии без тяжелого органического поражения сердца индерал 1 мл в/в, доза может быть повторена через каждые 5 мин до получения эффекта. 10. При пароксизмальной тахикардии, связанной с интоксикацией гликозидами, панангин 10—20 мл в/в. 11. При неэффективности лекарственного лечения электроимпульсная терапия дефибриллятором.

Госпитализация показана при неэффективности лечения, ухудшении коронарного кровообращения, декомпенсации сердца.

Мерцание и трепетание предсердий (мерцательная аритмия). Мерцание предсердий — хаотическое сокращение отдельных групп мышечных волокон, при этом предсердия не систолируют. В связи с изменчивостью предсердно-желудочковой проводимости желудочки сокращаются аритмично, обычно с частотой 100—150 в 1 мин.

Трепетание предсердий — регулярное их сокращение с частотой около 250—300 в 1 мин. Частота желудочковых сокращений определяется предсердно-желудочковой проводимостью: может проводиться каждый второй предсердный импульс (соотношение предсердных и желудочковых сокращений 2:1), каждый третий (3:1) и т. д. Если проводимость изменчива, то сокращение желудочков аритмичны.

Отсутствие эффективных сокращений предсердий при мерцательной аритмии уменьшает наполнение желудочков на 15—20%, степень нарушения кровообращения при этом зависит от частоты желудочковых сокращений.

Мерцательная аритмия может быть стойкой, преходящей или пароксизмальной. Пароксизмы нередко предшествуют стойкой форме. Трепетание встречается в 10—20 раз реже, чем мерцание. Иногда трепетание и мерцание предсердий чередуются. Мерцательная аритмия

чаще наблюдается при митральных пороках сердца, атеросклеротическом кардиосклерозе, тиреотоксикозе. Преходящая мерцательная аритмия иногда наблюдается при инфаркте миокарда, интоксикации сердечными гликозидами, алкоголем.

Симптомы. Мерцательная аритмия может не ощущаться больными или ощущаться как сердцебиение и перебои, что связано с большой частотой или неравномерностью желудочковых сокращений. Пульс беспорядочно аритмичен, звучность сердечных тонов изменчива. Наполнение пульса также изменчиво, и часть сокращений сердца не дает пульсовой волны (дефицит пульса). По частоте сердечных сокращений различают брадисистолическую форму (менее 60 в мин), нормосистолическую (70—90 в мин) и тахисистолическую (более 90, а часто 100—150 в мин) формы. Пароксизмальная мерцательная аритмия по своим проявлениям напоминает пароксизмальную тахикардию, отличаясь лишь аритмичностью пульса. Тахисистолическая мерцательная аритмия способствует появлению или нарастанию сердечной недостаточности. Как стойкая, так и пароксизмальная мерцательная аритмия способствует появлению тромбоэмболических осложнений.

Неотложная помощь. 1. При тахисистолической или пароксизмальной форме мерцательной аритмии новокаинамид 5—10 мл 10% р-ра в/в в сочетании с кокарбоксилазой 100—200 мг, лидокаин 5—10 мл 1% р-ра в/в. 2. При низком АД кордиамин 1—2 мл п/к, мезатон 0,5—1 мл р-ра или норадреналин 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра в/в капельно. 3. Строфантин 0,5—1 мл 0,05% р-ра в/в на глюкозе или физиологическом р-ре. 4. При отсутствии признаков сердечной недостаточности и при нормальном или повышенном АД изоптин 2 мл в/в быстро в течение 20—30 сек. 5. При неэффективности лекарственной терапии проводят электроимпульсную терапию дефибриллятором.

Госпитализации подлежат больные со свежим органическим поражением сердца после стабилизации ритма, на носилках.

Трепетание и мерцание желудочков. По механизму сходны с трепетанием и мерцанием предсердий. Однако в связи с резким снижением или отсутствием сердечного выброса эта артимия приводит к прекращению кровообращения, остановке дыхания, расширению зрачков, отсутствию пульса на сонной артерии, т. е. к клинической смерти. Она может возникнуть при любом тяже-

лом заболевании сердца, электротравме, передозировке сердечных гликозидов.

Симптомы. (См. «Острые нарушения кровообращения»). Мерцанию и трепетанию желудочков часто предшествуют ранние желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия.

Неотложная помощь. Реанимационные мероприятия в полном объеме (см. «Острые нарушения кровообращения»).

Госпитализация только с улицы, при непрерывном проведении в пути закрытого массажа сердца, искусственного дыхания. В остальных случаях помощь оказывается на месте. Вызывается кардиологическая или реанимационная бригада.

Нарушение проводимости (блокады). В зависимости от локализации патологического очага блокады делятся на синоатриальные (синусопредсердные), предсердно-желудочковые и внутрижелудочковые. По выраженности нарушения различают замедление проводимости (каждый импульс проводится в нижележащие отделы проводящей системы — блокада I степени), неполные блокады (с непрохождением части импульсов — блокада II степени) и полные (импульсы не проходят, сердечная деятельность поддерживается эктопическим импульсом — блокада III степени).

Нарушения синоатриальной и предсердно-желудочковой проводимости возникают при ревмокардите, миокардите, передозировке гликозидов, очаговых процессах, повышении тонуса блуждающего нерва. Нарушения внутрижелудочковой проводимости чаще обусловлены некротическим, склеротическим или воспалительным повреждением проводящей системы (инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз, дифтерия и др.) Небольшие нарушения проводимости (синоатриальная, предсердно-желудочковая блокада I и II степени) изредка наблюдаются у практически здоровых людей. Все нарушения бывают стойкими или преходящими.

Симптомы. При неполных поперечных блокадах отмечается выпадение пульса и сердечных тонов. Брадикардия отличается исключительным постоянством, ритм не учащается под влиянием движений, температуры, эмоций. При физической нагрузке у больных отмечаются головокружение, кратковременные обмороки. Иногда бывает высокая систолическая гипертония в результате высокого ударного объема. Внутрижелудочко-

вые блокады иногда сопровождаются расщеплением тонов.

Полная поперечная блокада характеризуется выраженной брадикардией с частотой пульса 25—18 ударов в мин, выраженной пульсацией шейных вен, изменчивой звучностью тонов. Наступает гипоксия органов. Нередко развитие приступов синдрома Морганьи — Эдемса — Стокса (бледность, потеря сознания, акроцианоз, эпилептоидные судороги, иногда непроизвольное мочеиспускание и дефекация, расширение зрачков, исчезновение пульса на сонной артерии, т. е. признаки остановки кровообращения, которая может перейти в клиническую, а затем и биологическую смерть). Длительность приступа от 3 до 15 сек.

Неотложная помощь. 1. Атропин 1—2 мл 0,1% р-ра в/в. 2. Эфедрин 1 мл 5% р-ра, мезатон 1 мл 1% р-ра п/к. 3. Эуфиллин 10 мл, 2,4% р-ра в/в. 4. Преднизолон 30—60 мг или гидрокортизон 100—150 мг в/в. 5. Изадрин 5—20 мг под язык. 6. Бикарбонат натрия 100—150 мл 4% р-ра в/в. 7. Кокарбоксилаза 100—150 мг в/в. 8. При неэффективности этих средств реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, искусственное дыхание, электрокардиостимуляция).

Госпитализация в отделение интенсивной терапии.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ — аллергическое заболевание, в клинической картине которого центральное место занимают приступы удушья экспираторного типа, вызванные бронхоспазмом, гиперсекрецией и отеком слизистой оболочки бронхов.

Симптомы. Приступ бронхиальной астмы начинается обычно ночью или рано утром с мучительного кашля без выделения мокроты. Одышка экспираторного типа (затруднен выдох), дыхание шумное и свистящее, слышное на расстоянии. У больного страдальческое лицо, синюшное, одутловатое. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Число дыханий 10 и менее в мин. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха, дыхание происходит главным образом за счет межреберных мышц. Перкуторный звук над грудной клеткой коробочный. При аускультации над всей поверхностью легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Приступ заканчивается обычно кашлем с отделением светлой вязкой или густой и гнойной мокроты.

Приступы удушья могут быть легкими, средней тяжести и тяжелыми в зависимости от их длительности, формы бронхиальной астмы, длительности ее течения и

сопутствующих заболеваний бронхогенного аппарата.

Если приступы удушья не удается купировать в течение 24 часов обычными противоастматическими препаратами, то развивается так называемое **астматическое состояние**. В этом случае отмечается тяжелая экспираторная одышка с редким поверхностным дыханием. Кожа влажная, цианотичная с сероватым оттенком. Положение больного вынужденное сидячее. Дыхательные шумы исчезают, хрипов значительно меньше, вплоть до полного их исчезновения, с обманчивым впечатлением благополучия. При тяжелом течении астматического состояния может наступить гипоксемическая кома.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхиальной и сердечной астмы. Последняя развивается у больных ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, пороками сердца. В легких определяются мелкопузырчатые влажные хрипы, пульс неправильного ритма. Мокрота жидкая, пенистая, и иногда с примесью крови. Одышка инспираторного типа. Отмечается положительный эффект от сердечных гликозидов, мочегонных и наркотиков.

Неотложная помощь. 1. Изадрин (новодрин, эуспиран) 0,005 под язык или 0,5—1 мл 1% р-ра для ингаляции. 2. Алупент 0,02 под язык или 0,5—1 мл 2% р-ра для ингаляции. 3. Теофедрин или антасман 1/2—1 таблетку. 4. Атропин 0,5—1 мл 0,1% р-ра, но-шпа 2 мл 2% р-ра п/к или в/в. 5. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в на 40% глюкозе или изотоническом р-ре. 6. Димедрол 2 мл 1% р-ра, супрастин 1—2 мл 2% р-ра или пипольфен 1 мл 2,5% р-ра п/к или в/в. 7. При признаках сердечной недостаточности строфантин 0,3—0,5 мл 0,05% р-ра или коргликон (0,5—1,0 мл 0,06% р-ра). 8. Увлажненный кислород. 9. При тяжелых приступах и астматическом состоянии преднизолон 30—60 мг или гидрокортизон до 500 мг в/в. 10. Гидрокарбонат натрия 200 мл свежеприготовленного 4% р-ра в/в капельно.

Госпитализации в терапевтическое или пульмонологическое отделение подлежат больные с тяжелыми приступами и астматическим состоянием. При купировании приступа больной может быть оставлен дома.

АСТМА СЕРДЕЧНАЯ. Возникает при заболеваниях, сопровождающихся нагрузкой на левый желудочек (инфаркт миокарда, гипертонический криз, атеросклеротический кардиосклероз, аортальные пороки сердца). Провоцируется физической нагрузкой, ухудшением коронарного кровообращения, повышением артериального дав-

ления, внутривенным введением больших количеств жидкости, тахикардией, инфекцией и др.

Симптомы. Инспираторное удушье, мучительное ощущение острой нехватки воздуха, иногда кашель, тревожное состояние, потливость, бледность, цианоз. Дыхание учащено, тахикардия. АД может быть повышено. Переход в положение сидя со спущенными ногами у некоторых больных существенно улучшает состояние и иногда прекращает приступ. В нижних отделах легких выслушиваются влажные, а иногда сухие хрипы. Дифференцировать с бронхиальной астмой.

Неотложная помощь. 1. Кислородотерапия. 2. При наличии артериальной гипертонии—венозные жгуты на конечности (ослаблять через каждые 20—30 мин), круговые банки, горячая ножная ванна. 3. Морфин 1 мл 1% р-ра, атропин 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра п/к. 4. Строфантин 0,5 мл 0,5% р-ра, эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра, лазикс 40—120 мг в/в. 5. Энергичное лечение заболевания, приведшего к сердечной астме (гипертонический криз, инфаркт миокарда и др.).

Госпитализация на носилках больных с первичными приступами после полного купирования удушья.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ. Наиболее частое и грозное осложнение гипертонической болезни. Возникновению кризов способствуют эмоциональные и физические напряжения, гормональные нарушения и метеорологические факторы.

Симптомы. Особенно интенсивная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, на фоне резко повышенного АД. Появляются головокружения, мелькания перед глазами, проходящая слабость в конечностях, парастезии, дизартрии и др.

По течению можно различить 2 типа кризов. I тип — более быстрое течение, больший подъем систолического давления по сравнению с диастолическим, тахикардия, красные пятна на коже, озноб, потливость, беспокойство, психомоторное возбуждение. II тип — медленное, но более тяжелое развитие, значительно больший подъем диастолического давления по сравнению с систолическим (мало пульсовое давление), интенсивная головная боль чаще сопровождается рвотой. Спутанность, иногда потеря сознания, выраженная неврологическая симптоматика. Кожные покровы бледны, пульс нормальный, иногда замедлен, боли в области сердца, иногда отек легких.

Кризы I типа чаще встречаются в более ранних ста-

диях гипертонической болезни, II типа — в более поздних.

Неотложная помощь. 1. Физический и эмоциональный покой. 2. Магний сульфат 10—20 мл 25% р-ра в/в и в/м. 3. Дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра в/в. 4. Папаверин 2—4 мл 2% р-ра, но-шпа 2 мл в/в или в/м. 5. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в. 6. Рауседил 1 мл в/м. 7. Пентамин 0,5—1 мл 5% р-ра в/в с 20 мл 40% р-ра глюкозы, под постоянным контролем АД. 8. При психомоторном возбуждении аминазин 2 мл 2,5 р-ра, дроперидол 2—4 мл в/м. 9. При сердечной астме или отеке легких — соответствующее лечение.

Госпитализация в случае, когда не удается купировать криз.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ОСТРЫЙ. Острый аллергический воспалительный процесс в почечных клубочках, сопровождающийся разными видами дистрофии и атрофии эпителия канальцев.

В этиологии имеют значение стрептококковые инфекции, ангины или фарингиты, вирусные заболевания, в частности катар верхних дыхательных путей, протекающий с выраженной температурой.

Возникновению заболевания способствует резкое охлаждение тела, парентеральное введение чужеродного белка (при прививках, переливаниях крови, плазмы).

После стрептококковых ангин или фарингита латентный период, предшествующий выявлению симптомов заболевания, продолжается около 2—3 недель. Иногда поражение почек вспыхивает еще в лихорадочный период или в ближайшие дни после его завершения.

Симптомы. Появляются слабость, головные боли, тошнота, головокружение, иногда одышка, боли в пояснице. Последние могут быть очень интенсивными, изредка по типу почечной колики, и сопровождаются макрогематурией. Характерны бледность и одутловатость лица, набухание вен. Бывают отеки на ногах, реже на руках, водянка в области брюшины и плевры.

Брадикардия достигает 50—60 в минуту, иногда наблюдается аритмия. АД колеблется от 130/85 до 180/110 мм рт. ст. Более значительная гипертония скорее говорит против острого гломерулонефрита.

Верхушечный толчок сердца усилен, появляется акцент II тона на аорте. Выявляются застойные явления в легких. Возможна сердечная астма. Отмечается острое набухание печени, нижний край которой может опуститься до пупка. В $^1/_3$ случаев наблюдается положи-

тельный симптом Пастернацкого. Характерна, но непостоянна олигурия. В моче обнаруживается белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры.

Редко острый гломерулонефрит проявляется только гипертонией, отеками при полном отсутствии мочевых симптомов.

Другие, «скрытые» варианты начала острого гломерулонефрита не дают основания для обращения за скорой помощью.

Острый гломерулонефрит распознается на основании острого развития мочевых симптомов, отеков, гипертонии, а также острой сердечной недостаточности (на фоне повышения АД). Распознавание облегчается, если заболеванию предшествует один из типичных этиологических факторов.

Неотложная помощь. 1. При нефритическом отеке легких — строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра с 20 мл 40% р-ра глюкозы, лазикс 4—6 мл, эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в. 2. При гипертоническом синдроме сульфат магния 10—20 мл 25% р-ра, дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра в/в, рауседил 1 мл в/м.

Госпитализация при наличии осложнений, развитии острой почечной или острой сердечно-сосудистой недостачности.

ЖЕЛЧНАЯ (ПЕЧЕНОЧНАЯ) КОЛИКА. Желчные камни образуются в желчном пузыре и желчных протоках в результате нарушения холестеринового обмена. Имеет значение застой желчи, постоянные запоры со вздутием кишечника, тучность, переедание, воспалительные процессы в пузыре и протоках. Острый приступ (печеночная колика) возникает в результате спазма гладких мышц желчного пузыря и протоков печени, растяжения стенок пузыря.

Симптомы. Резкая боль в правом подреберье с отдачей в правые лопатку, плечо, ключицу. Рвота, озноб, повышение температуры. При закупорке главного печеночного или желчного протока — желтуха (механическая). Печень при пальпации резко болезненная. Отмечаются зоны гиперестезии Захарьина—Геда у правой реберной дуги и справа от IX—XI грудных позвонков. Иногда удается прощупать желчный пузырь — симптом Курвуазье. Положительный симптом Ортнера (болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги). Сквозная боль при ударе ребром ладони ниже угла правой лопатки. Продолжительность желчной ко-

лики от нескольких минут до многих часов с волнообразным усилением и затиханием болей.

Приступ провоцируется погрешностями в диете (обильная жирная и жареная пища), приемом алкоголя, эмоциональным напряжением, физической перегрузкой, тряской ездой и курением.

Неотложная помощь. 1. Платифиллин 1 мл 0,2% р-ра в/м или в/в, но-шпа 1—2 мл 2% р-ра п/к или в/в, папаверин 2—4 мл 2% р-ра, в/м, атропин 0,5—1 мл 0,1% р-ра п/к. 2. Анальгин 2 мл 50% р-ра, промедол 1 мл 2% р-ра, омнопон 1 мл 2% р-ра или морфин 1 мл 1% р-ра п/к или в/в.

Госпитализация в хирургическое отделение, если не удается купировать приступ или если есть хоть малейшее подозрение на острый живот.

ИНСУЛЬТ (ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ). Причинами возникновения острых нарушений мозгового кровообращения в основном являются гипертоническая болезнь и атеросклероз. Реже причиной инсультов могут быть васкулиты, аневризмы сосудов головного мозга, некоторые инфекции и интоксикации, травмы и др. Разделяют: геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг и его оболочки), ишемический инсульт (тромбоз сосудов или эмболия сосудов) и преходящие или динамические нарушения мозгового кровообращения.

Инсульт геморрагический. Наступает вследствие нарушения проницаемости стенки сосудов и диапедезного кровотечения либо в результате разрыва сосудистой стенки. Чаще при гипертонической болезни в пожилом и среднем возрасте.

Симптомы. Развивается внезапно, часто в связи с психическим или тяжелым физическим напряжением. Возникает резкая головная боль, рвота, нарушается сознание и быстро наступает кома. Дыхание становится шумным, часто аритмичным. Пульс напряжен, брадикардия (или тахикардия), АД часто повышено. У многих больных отмечаются эпилептиформные судороги, тонические судороги в конечностях, повышенная потливость, температура. В спинномозговой жидкости находят кровь, давление ликвора повышено. Протекает наиболее тяжело и дает наибольший процент летальных исходов по сравнению с другими инсультами.

Инсульт ишемический (инфаркт мозга). Возникает вследствие закрытия просвета мозговых сосудов тромбом, эмболом, длительным спазмом, атеросклеротиче-

ской бляшкой. Преимущественно бывает у лиц пожилого возраста, но может быть и у молодых людей.

Симптомы. Развивается постепенно, его наступлению могут предшествовать головные боли, головокружение, парестезии, нарушения зрения. Потеря сознания наблюдается при обширных инсультах и при определенной локализации размягчения. Очаговые изменения преобладают над общемозговыми. Определяются гемипарезы и гемиплегии, афазия, парестезии, нарушения зрения. Лицо становится бледным, пульс аритмичный, слабый, явления сердечной астмы. АД несколько повышено. Спинномозговая жидкость без изменений.

Преходящие (динамические) нарушения мозгового кровообращения. Симптоматика нестойкая. Общемозговые явления — головная боль, головокружение, тошнота, иногда кратковременная потеря сознания. Очаговые симптомы — ощущение онемения, ползания мурашек, парезы, параличи, дизартрия, нарушение зрения. Длительность симптомов до нескольких секунд, минут, часов.

Когда больной находится в коматозном состоянии, дифференциальную диагностику нужно проводить с другими комами (гипо- и гипергликемической, уремической, печеночной, эпилептической, с комами при острых отравлениях). Важным для дифференциальной диагностики церебральной комы является наличие следующей локальной симптоматики на стороне паралича: меньшее смыкание глазной щели в покое; верхнее веко легче поднять и оно опускается медленнее, чем на здоровой стороне; снижен корнеальный рефлекс; зрачок шире, чем на здоровой стороне; глаза и голова чаще повернуты в сторону паралича; гипотония мышц конечностей; отсутствие активных движений и их наличие на здоровой стороне; стопа ротирована кнаружи; асимметрия рефлексов; отставание грудной клетки в акте дыхания; цианоз и похолодание конечностей.

Неотложная помощь. 1. Максимальный покой. 2. Очищение полости рта от рвотных масс, удаление протезов. 3. Независимо от характера инсульта при высоком АД — эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра с 10 мл 40% р-ра глюкозы в/в, сульфат магния 10 мл 25% р-ра в/в или в/м, дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра с папаверином 2 мл 2% р-ра в/в с глюкозой, рауседил 1 мл в/м, пентамин 0,5—1 мл 5% р-ра на 20 мл 40% глюкозы в/в медленно (под контролем АД). 4. Лазикс 2 мл в/в или в/м. 5. При выраженных нарушениях сердечной деятельности соответ-

ствующая терапия. 6. При головной боли, рвоте, психомоторном возбуждении анальгин 2 мл 50% р-ра, димедрол 2 мл 1% р-ра или пипольфен 2 мл 2,5% р-ра в/м. При неэффективности аминазин 2 мл 2,5% р-ра в/м. 7. При геморрагическом инсульте холод на голову, возвышенное положение головы. Для повышения свертываемости крови кальций хлорид 10 мл 10% р-ра или кальций глюконат 10 мл 10% р-ра в/в, викасол 1 мл 1% р-ра в/м, аскорбиновая кислота 5 мл 5% р-ра в/в или в/м. При ишемическом инсульте, кроме указанных средств, никотиновая кислота 2 мл 1% р-ра п/к.

Безусловной госпитализации подлежат больные с улицы, из общественных мест, а также из квартир по бытовым показаниям (одинокие люди).

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА — заболевание, связанное с ухудшением коронарного кровообращения, вследствие атеросклероза или спазма коронарных артерий; при этом коронарный кровоток не обеспечивает потребности сердца в кислороде. В коронарных артериях происходит утолщение интимы и образование в них липидных бляшек. Эти изменения постепенно приводят к неравномерному сужению или закрытию просвета сосуда. В сочетании с нарушениями свертываемости крови эти изменения обусловливают склонность к тромбозам. Неотложные состояния клинически проявляются в виде стенокардии и инфаркта миокарда.

Стенокардия — обычно раннее проявление ишемической болезни сердца. Симптомы. Приступы загрудинных болей сжимающего, сдавливающего характера, которые возникают во время физической или эмоциональной нагрузки и быстро (в пределах 3—4 мин) исчезают после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина. Провоцирующими моментами могут быть еда, дефекация, охлаждение, пребывание в душном помещении. Боль может иррадиировать в левое плечо и левую руку (до пальцев), а также в шею и нижнюю челюсть, реже в правую руку. Чувство тревоги, сердцебиение, потливость, побледнение, подъем АД.

От стенокардии следует отличать многочисленные и частые заболевания, сопровождающиеся болями в области сердца или в грудной клетке: неврастению, остеохондроз шейного отдела позвоночника, плеврит, перикардит, язвенную болезнь, заболевания желчных путей, эзофагит и др. При этих заболеваниях боль, как правило, локализуется не за грудиной, продолжается долго (часа-

ми), не связана отчетливо с физической нагрузкой, не устраняется быстро нитроглицерином.

Неотложная помощь. 1. Немедленно прекратить всякую нагрузку. 2. Нитроглицерин 1 табл.—0,005 г под язык, при заметном снижении АД больного уложить, уменьшить дозу нитроглицерина или заменить его валидолом 5 кап. или 1 табл. под язык. 3. Платифиллин 1 мл 0,2% р-ра п/к, но-шпа 1—2 мл 2% р-ра, папаверин 2—4 мл 2% р-ра в/м. 4. Курантил 2 мл (10 мг) в/в на 20 мл 40% глюкозы или изотонического ее р-ра. 5. При нормальном или повышенном АД эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в на изотоническом р-ре хлорида натрия или глюкозы. 6. Анальгин 2—4 мл 50% р-ра, промедол 1 мл 2% р-ра или омнопон 1 мл 2% р-ра с атропином 0,5—1,0 мл 0,1% р-ра или платифиллином 1 мл 0,2% р-ра п/к. 7. Димедрол 1 мл 1% р-ра (пипольфен 1—2 мл, 2,5% р-ра, супрастин 1 мл 2% р-ра) п/к или в/м. 8. Постельный режим в течение нескольких дней, прием коронаролитиков, ЭКГ-обследование.

Госпитализация при купировании приступа не производится.

Инфаркт миокарда — острая коронарная недостаточность с некрозом участка миокарда. В подавляющем большинстве случаев является следствием атеросклероза коронарных артерий и обычно возникает в результате их тромбоза. Инфаркт миокарда называют трансмуральным, если он охватывает всю толщу стенки сердца, и субэндокардиальным, если он охватывает лишь участок субэндокардиального слоя, наиболее чувствительного к коронарной недостаточности. Как правило, инфаркт возникает в стенке левого желудочка и иногда распространяется на правый желудочек и предсердия. Если инфаркт достаточно велик, может развиться острая сердечная недостаточность, обычно левожелудочковая, что еще больше ухудшает коронарный кровоток.

Инфаркт миокарда провоцируется теми же воздействиями, что и стенокардия, главным образом физическими и эмоциональными нагрузками.

Симптомы. У многих больных инфаркту предшествует обострение ишемической болезни сердца — усиление и учащение приступов стенокардии, изменение характера болей.

В типичных случаях в клинической картине ведущим является острый болевой синдром. Как и при стенокардии боль возникает за грудиной, иррадиирует в левую руку, шею, эпигастральную область или более широко и

менее определенно. В отличие от стенокардии приступ более продолжителен — до нескольких часов. Нитроглицерин не дает стойкого обезболивания или вообще не действует. Больной обычно беспокоен, бледен. Кожа покрыта холодным, липким потом. Болевой приступ сопровождается страхом, тошнотой, рвотой. В остром периоде инфаркта миокарда возможна тахикардия (чаще в пожилом возрасте) и брадикардия (в молодом возрасте), АД может оставаться нормальным, повыситься (в молодом возрасте) и понизиться (в старческом возрасте). У части больных нарастают признаки левожелудочковой недостаточности и появляются другие осложнения (кардиогенный шок, сердечная астма, отек легких, нарушение сердечного ритма в виде экстрасистолии, мерцательной тахиаритмии, пароксизмальной тахикардии, мерцания желудочков и полной поперечной блокады с остановкой сердца), являющиеся главными причинами смерти в первые сутки.

Изменения ЭКГ в типичных случаях отмечаются уже во время болевого приступа.

Возможны атипичные варианты начала заболевания: болевой коллаптоидный (типичная боль с признаками коллапса, бледность, холодный пот, снижение АД); болевой астматический (типичная боль с признаками сердечной астмы или отека легких); болевой аритмический (боль и одновременно нарушение ритма, которые приобретают ведущее значение в жалобах больного); болевой гастралгический (боль в подложечной области, отдающая вверх, тошнота, рвота); безболевой астматический (внезапный приступ удушья по типу сердечной астмы или отека легких, без болевого синдрома); безболевой аритмический (внезапный приступ аритмии, тахикардии без боли), безболевой церебральный (внезапная потеря сознания, иногда нестойкие очаговые неврологические симптомы), болевой церебральный (болевой синдром и последующее возникновение церебральных симптомов); болевой периферический (с первичной локализацией болей на периферии — в руке, спине, нижней челюсти, в левой лопатке, в гортани) и др.

Дифференциальный диагноз нужно проводить с тяжелым приступом стенокардии, эмболией легочной артерии, расслаивающей аневризмой аорты, острой пневмонией, пневмотораксом, острым холециститом, панкреатитом, почечной коликой, приступом сердечной астмы, миозитом, невралгией.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 3—4 мл 50%

р-ра, промедол 1 мл 2% р-ра, омнопон 1 мл 2% р-ра п/к или в/в. 2. При более выраженном болевом синдроме морфин 1 мл 1% р-ра в сочетании с атропином 0,5 мл 0,1% р-ра в/в, фентанил 1—2 мл, дроперидол 2—3 мл в/м или в/в. 3. Димедрол 2 мл 1% р-ра (пипольфен 1—2 мл 2,5% р-ра или супрастин 1 мл 2% р-ра) в/м или в/в. 4. При психомоторном возбуждении оксибутират натрия — 5—10 мл 20% р-ра в/в медленно на р-ре глюкозы, а также седуксен 2—4 мл в/в или в/м. 5. Ингаляция закиси азота с кислородом в соотношении 1:1 или 2:1. 6. При наличии желудочковых экстрасистол — лидокаин 5—10 мл 1% р-ра в/в с возможным повторением этой дозы через 5—7 мин. 7. При брадикардии менее 55 в 1 мин — атропин 0,5—1 мл 0,1% р-ра.

Госпитализация обязательна в кардиологическое отделение или палаты интенсивной терапии терапевтических отделений. При возникновении сердечной астмы, отека легких, кардиогенного шока, острого нарушения сердечного ритма необходимо проведение ургентных мероприятий непосредственно на месте на уровне спецбригады.

КАРДИАЛГИЯ НЕВРОТИЧЕСКАЯ. Болезненные ощущения в левой половине грудной клетки как проявление психогенного функционального нарушения сердечно-сосудистой системы. Удельный вес больных, испытывающих неприятные ощущения в прекардиальной области (при отсутствии объективных признаков поражения сердца и неизменной ЭКГ), в медицинской практике неуклонно растет и составляет в настоящее время 40—50% от общего числа лиц, обращающихся с соответствующими жалобами. Эти ощущения могут быть длительными, почти постоянными, мгновенными (связанными, например, с единичными экстрасистолами) или приступообразными (продолжительностью от 15—30 мин до 1—2 ч и более), возникающими на фоне депрессии или в условиях конфликтной ситуации. Частота таких приступов от 1—5 в день до 1—2 в год.

Симптомы. Локализация и характер испытываемых больными неприятных ощущений чрезвычайно разнообразны: непрерывная пульсирующая боль с кожной гиперестезией в области верхушки сердца, тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие в области сердца; острое сжимание, сдавливание, напряженность, «заложенность», жжение в области сердца, левого подреберья или верхней части живота; расширение или, наоборот, «пустота» в грудной клетке. Подобные ощуще-

ния могут возникать по всей грудной клетке, отдавать в шею, лопатки, позвоночник, поясничную область, верхние и даже нижние конечности, яичко. У некоторых больных область кардиалгии точно локализована, они буквально указывают пальцем основную болевую точку. Боль в области сердца нередко сопровождается неприятными ощущениями и парестезиями в руках, ощущением нехватки воздуха и даже удушья. При опросе таких больных создается впечатление атипичных или слабо выраженных приступов стенокардии.

Типичны изменчивость остроты, интенсивности, локализации и распространенности болей, выраженная текучесть жалоб, неоднократно меняющихся на протяжении дня и даже одного часа, хотя возможна и невротическая фиксация на определенном типе кардиалгии. Боязнь усиления неприятных ощущений вынуждает больных переходить на все более щадящее и поверхностное дыхание, а ощущение неполного вдоха и нехватки воздуха убеждает их в наличии серьезного патологического процесса в сердце и заставляет их принимать валидол и нитроглицерин. Такие больные громко стонут, жестикулируют, постоянно меняют положение тела, мечутся по комнате, принимают любое лекарство, прикладывают к сердцу теплую грелку, горчичники или наоборот, пузырь со льдом и, наконец, сами вызывают скорую помощь. Такая подвижность не характерна для истинной стенокардии, при которой излишняя активность или многословие лишь усугубляют боль. В пользу психогенного происхождения болезненных ощущений в этих случаях свидетельствует отсутствие не только объективных признаков ишемической болезни сердца, но и должного терапевтического эффекта нитроглицерина.

Неотложная помощь. 1. Установление полного контакта с больным. 2. Седуксен 1 мл п/к. 3. Дроперидол 1—2 мл или аминазин 0,5—1 мл 2,5% р-ра в/м. 4. Настой травы горицвета, настойки ландыша, валерианы, боярышника, кардиовален, валокордин, корвалол.

КОМА ДИАБЕТИЧЕСКАЯ. Наиболее грозное осложнение сахарного диабета. В крови резко повышается содержание сахара (400—1000 мг%) и кетоновых тел, происходит обезвоживание организма, потеря с мочой ионов натрия, калия, хлора, фосфора. В крови отмечается выраженный сдвиг в кислую сторону (метаболический ацидоз). Кетоновые тела при избыточном содержании оказывают токсическое влияние прежде все-

го на клетки центральной нервной системы. Диабетическая кома чаще развивается при инфекционных заболеваниях, травмах, нервном напряжении, нарушении диеты, плохо леченном диабете.

Симптомы. Различают прекоматозное и коматозное состояние. В прекоматозном состоянии отмечаются потеря аппетита, слабость, головная боль, жажда, обильное мочевыделение, тошнота и рвота, запах ацетона изо рта, сухость и шелушение кожных покровов, зуд, расчесы, фурункулы, сухой язык, тахикардия, снижение АД. В моче — большое количество сахара и ацетон. При отсутствии лечения прекоматозное состояние переходит в кому. Больной теряет сознание. Изо рта — резкий запах ацетона. Температура тела обычно нормальная. В результате обезвоживания организма снижен тонус глазных яблок. Дыхание шумное, редкое, глубокое (дыхание Куссмауля). Реакция зрачков на свет вялая, сухожильные рефлексы и тонус мышц снижены.

Дифференциальная диагностика с другими коматозными состояниями, особенно с гипогликемической комой.

Неотложная помощь. 1. При трудности в диагностике в/в 10—20 мл 40% р-ра глюкозы (при гипогликемической коме больной сразу придет в сознание, при диабетической коме введение глюкозы не ухудшит его состояния). 2. При непродолжительной неглубокой коме (в течение 1—2 часов) 100 ед инсулина п/к, при глубокой коме — 200 ед (по 100 ед в/в и п/к). 3. Изотонический р-р натрия хлорида 0,5—1 л в/в капельно. 4. Натрий гидрокарбонат 100—200 мл 4% р-ра в/в капельно. 5. Глюкоза 250—500 мл 5% р-ра, калия хлорид 100 мл 1% р-ра, аскорбиновая кислота 2—3 мл 5% р-ра в/в капельно. При показаниях сердечные и сосудистые средства.

Госпитализация обязательна в эндокринологическое отделение или отделения неотложной терапии.

КОМА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ. Возникает обычно при передозировке инсулина, повышенной чувствительности к нему, недостаточном приеме углеводов после инъекции инсулина, физическом перенапряжении.

Симптомы. Проявления гипогликемии у больных сахарным диабетом весьма разнообразны. Чаще всего возникают слабость, чувство голода, резкая потливость, дрожание конечностей, сердцебиение, раздражительность, возбуждение, головная боль, головокружение, расширение зрачков, двоение в глазах, немотивированное поведение. При уровне сахара крови 35 мг% и ниже на-

Дифференциально-диагностические признаки диабетической и гипогликемической комы

Признаки	Диабетическая кома	Гипогликемическая кома
Начало	Постепенное, в течение нескольких дней	Внезапное или с непродолжительными предвестниками: слабостью, чувством голода, дрожанием, потливостью.
Кожа	Сухая	Влажная
Тонус глазных яблок	Снижен	Нормальный
Тонус мышц	Гипотонус	Гипертонус
Запах ацетона	Имеется	Нет
Дыхание	Шумное, редкое, глубокое, дыхание Куссмауля	Не изменено
АД	Снижено	Не изменено
Рефлексы	Снижены	Нормальные
Уровень сахара в крови	Резко повышен	Ниже 35 мг%
Ацетон в моче	Определяется	Нет
Эффект лечения	Постепенный	Быстрый — после введения глюкозы в/в или сахара внутрь

ступает потеря сознания, тонические судороги мышц конечностей, поверхностное дыхание, гипотермия, возможна брадикардия. Иногда могут быть атипичные варианты гипогликемического состояния, по типу обморока, психомоторного возбуждения, галлюцинаций, эпилептиформной комы с судорогами.

Неотложная помощь. 1. При легкой и средней тяжести гипогликемии — сладкое питание до исчезновения гипогликемии, затем накормить больного. 2. При тяжелой гипогликемии 20—60 мл 40% р-ра глюкозы в/в. Через 20—40 мин, если сознание не восстанавливается, повторно ту же дозу глюкозы, при отсутствии эффекта капельное в/в введение 5% р-ра. 3. Адреналин 0,5—1 мл 0,1% р-ра (эфедрин 1 мл 5% р-ра) п/к или в/в капельно. 4. При показаниях сердечные и сосудистые средства.

Госпитализация не обязательна, если больной полностью выведен из гипогликемического состояния.

КОМА УРЕМИЧЕСКАЯ. Обусловлена необратимым нарушением функции почек с развитием азотемии, уремии. Последняя наблюдается чаще всего в конечной стадии хронических почечных заболеваний, а также при пиелонефритах, поликистозах и амилоидозе почек.

Симптомы. Начинается с понижения работоспособности, быстрой утомляемости, слабости, нарушений сна и аппетита. Эти симптомы нарастают, к ним присоединяется отвращение к еде, тошнота, рвота, иногда неустойчивость стула, кожный зуд. Нарастает сонливость, появляются подергивания отдельных мышечных групп. Нарушается сознание. Характерна одышка вследствие уремического отека легких. Постоянная мучительная тошнота, рвота, запах мочи изо рта, уремический стоматит. Типичны фибринозный перикардит и плеврит. АД резко повышено. Остаточный азот до 400—500 мг%, лейкоцитоз 15—30 тыс.

Неотложная помощь. 1. Глюкоза 20—40 мл 40% р-ра или 200—300 мл 5% р-ра в/в. 2. Бикарбонат натрия 100—200 мл 4% р-ра в/в. 3. Гемодез 200—400 мл в/в капельно. 4. Промывание желудка 1% р-ром соды. 5. Оксигенотерапия.

Госпитализация после оказания неотложной помощи в отделение неотложной терапии.

КОМА ПЕЧЕНОЧНАЯ (дистрофия печени острая). Связана с глубоким угнетением функции печени в результате острых или хронических заболеваний ее. Чаще всего обусловлена вирусным гепатитом, преимущественно сывороточным, отравлением ядовитыми грибами, тетрахлорэтаном, сульфаниламидами, циррозом печени. Нередко возникает в результате нерационального лечения диуретиками, эвакуации асцитической жидкости, массивного применения седативных и снотворных препаратов, крупных оперативных вмешательств.

Симптомы. Начало может быть постепенным: появляется чувство тревоги, тоски, апатии или эйфории. Характерны замедление мышления, ухудшение ориентации, расстройство сна, тремор пальцев рук.

При развившейся коме сознание отсутствует, наблюдаются ригидность мышц конечностей и затылка, маскообразное лицо, клонус мышц стопы, патологические рефлексы. Появляются «печеночный» запах изо рта, петехиальные кровоизлияния в слизистую ротовой полости. Печень увеличена (не всегда!), болезненна.

Неотложная помощь. 1. Витамин B_{12} 200—600 мкг в/м, аскорбиновая кислота 5—10 мл 5% р-ра в/в, глюкоза 50—60 мл 40% р-ра в/в. 2. Обильное парентеральное введение жидкости. 3. Глютаминовая кислота 100 мл 1% р-ра в/в. 4. При психомоторном возбуждении дроперидол 2—4 мл в/м или в/в, оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в. 5. Бикарбонат натрия 200—400

мл 4% р-ра в/в. 6. Преднизолон 60 мг или гидрокортизон 200—300 мг в/в.

КРАПИВНИЦА ОСТРАЯ И ОТЕК КВИНКЕ (АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК, ГИГАНТСКАЯ КРАПИВНИЦА) — классическое аллергическое заболевание кожи, связанное с нарушением проницаемости стенки сосудов и отеком, часто сопровождающееся поражением сердечно-сосудистой и других систем.

Причиной являются многие лекарственные препараты, пищевые продукты, укусы насекомых, физические факторы (холод, ультрафиолетовое облучение).

Симптомы. Сильный местный или распространенный кожный зуд, озноб, тошнота, боль в животе, рвота. Первичным элементом сыпи является волдырь, возвышающийся над уровнем кожи, плотной консистенции, зудящий, четко ограниченный, размером от булавочной головки до ладони и больше, овальной, кольцевидной или линейной формы, бледно-розового цвета. Иногда на поверхности волдырей развиваются пузырьковые и буллезные элементы с геморрагическим содержимым.

Характерно быстрое развитие волдырей, кратковременное их существование, скорое и бесследное исчезновение.

При отеке Квинке кожного зуда нет, но отмечается ощущение напряжения, увеличение размеров губ, век, носа, ушей, языка, мошонки и т. д., при отеке языка и гортани затрудненное дыхание, осиплость голоса.

Внезапно появляются различной величины ограниченные уплотнения кожи и подкожной клетчатки, имеющие эластическую консистенцию и располагающиеся на различных участках тела, преимущественно на лице, губах, веках, половых органах. После медленного стихания остаются болезненные поражения участков кожи. Опасна локализация в области гортани из-за отека слизистой оболочки и возможной асфиксии. Больные при этом ощущают быстро нарастающее затруднение при вдохе, возникает грубый кашель, набухание шейных вен. Патологический процесс может охватить всю гортань (диффузная форма) или ограничиться какой-нибудь частью (локализованная форма).

Иногда возникает отек слизистой оболочки пищевода, желудка, кишечника, давая картину острой кишечной непроходимости. При отеке мочеполовых путей отмечаются дизурические явления, затрудненное мочеиспускание.

Острая крапивница и отек Квинке могут осложниться гломерулонефритом, миокардитом.

Неотложная помощь. 1. Повторное в/в или в/м введение одного из антигистаминных препаратов (2% р-ра супрастина, 1% р-ра димедрола, 2,5% р-ра пипольфена по 1—2 мл). 2. Аскорбиновая кислота 5 мл 5% р-ра в/в. 3. Адреналин 0,5 мл 0,1% р-ра или эфедрин 1 мл 5% р-ра п/к. 4. При тяжелом состоянии преднизолон 30 мг или гидрокортизон 125 мг в/в или в/м. 5. Лазикс 4 мл с 20 мл 40% р-ра глюкозы в/в 6. При нарастающей асфиксии конико- или трахеотомия.

Госпитализация при тяжелом течении.

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ ОСТРОЕ. Поражение сердца вследствие заболеваний легких или легочных сосудов с правожелудочковой недостаточностью. Возникает обычно в результате тромбоэмболии легочной артерии или крупной ее ветви, иногда с развитием инфаркта легкого. Тромбоэмболии в системе легочной артерии чаще наблюдаются при тромбофлебитах глубоких вен ног и тазовых вен, митральных пороках, мерцательной аритмии, инфаркте миокарда. Эмболии наблюдаются после гинекологических операций, операций на органах брюшной полости, а также в результате травм, особенно при переломах трубчатых костей.

Симптомы. Остро возникающая давящая боль в грудной клетке, одышка, цианоз, шок. Быстро нарастают признаки правожелудочковой недостаточности, набухают шейные вены, увеличивается и становится болезненной печень. В менее тяжелых случаях клинические проявления сводятся к остро возникающей одышке, тахикардии, иногда с обмороками. Легочную тромбоэмболию трудно отличить от инфаркта миокарда. У части больных это заболевание осложняется ишемией или инфарктом миокарда.

Инфаркт легкого чаще наблюдается у тяжелых лежачих больных, иногда в период некоторого расширения режима. В большинстве случаев начальными симптомами служат внезапно появляющиеся плевральные боли, тахикардия, одышка, цианоз, температура, кровохарканье. Несколько дней спустя возможна небольшая желтуха.

Дифференциальный диагноз проводят с плевритом, пневмонией, пневмотораксом, кровохарканьем другой природы.

Многие больные погибают в первые минуты или часы после возникновения острого легочного сердца.

Неотложная помощь. 1. Морфин 1 мл 1% р-ра с атропином 0,5—1 мл 0,1% р-ра в/м или в/в, омнопон 1 мл 2% р-ра или промедол 1 мл 2% р-ра в/в. 2. Дроперидол 2—3 мл с фентанилом 2—3 мл в/в. 3. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в. 4. Папаверин 2—4 мл 2% р-ра, но-шпа 2 мл 2% р-ра в/в или в/м. 5. Гепарин 15 000 ед. в/в. 6. Кордиамин 2 мл (коразол 1 мл 10% р-ра), мезатон 0,5—1 мл 1% р-ра (норадреналин 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра) в/м при низком АД. 7. Ингаляция кислорода.

Госпитализация в отделение неотложной терапии после оказания соответствующей медицинской помощи.

МЕНИНГИТЫ. Воспаление мозговых оболочек различной этиологии. Различают первичные менингиты (инфекция непосредственно поражает оболочку — менингит эпидемический, менингококковый, гнойный) и вторичные — когда инфекция заносится из какого-либо воспалительного очага в организме (отогенный менингит, туберкулезный менингит).

Менингит эпидемический, гнойный, менингококковый. Острое инфекционное заболевание с преимущественным гнойным поражением мягких оболочек головного и спинного мозга. Единственным источником инфекции является человек. Заражение происходит капельным путем. Заболеванию предшествует катаральное состояние слизистой оболочки носоглотки — места внедрения инфекции.

Симптомы. Инкубационный период от нескольких часов до 6—7 дней. Болезнь начинается остро, среди полного здоровья. Температура повышается до 39—40°. Сильная головная боль. В начале заболевания однократная или повторная рвота, часто герпес.

Спутанность сознания, делирий и бредовые состояния, иногда психомоторное возбуждение. Характерны клинические признаки поражения мозговых оболочек, с наибольшим постоянством выявляется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, гиперстезия. Первый из этих признаков заключается в том, что при попытке согнуть голову больного так, чтобы подбородок коснулся груди, ощущается значительное сопротивление мышц шеи. Симптом Кернига заключается в невозможности полного разгибания в коленном суставе ноги, согнутой в тазобедренном суставе.

Вследствие вовлечения в патологический процесс черепно-мозговых нервов наблюдается косоглазие, нарушение конвергенции и аккомодации, нередко анизокория (зрачки правого и левого глаза имеют неодинаковый диаметр).

Для начала заболевания характерно отставание частоты пульса от температуры. Спинномозговая жидкость вытекает струей, что свидетельствует о повышении давления, мутная, содержит много белка, большое количество лейкоцитов.

Менингит гнойный вторичный. Может быть вызван любым гноеродным микроорганизмом (при отитах, воспалении придаточных пазух носа, абсцессе, воспалении легких, пиелитах, травме черепа и др).

Симптомы. Заболевание развивается бурно, высокая температура, головные боли, рвота, напряжение затылочных мышц. У детей — судороги, симптом «подвешивания» (при поднятии ребенка под мышки, ноги остаются согнутыми), выпячивание родничков.

Спинномозговая жидкость с огромным количеством гнойных клеточных элементов.

Менингит серозный. Чаще всего возникает при различных общих инфекциях (тиф, паротит, грипп), интоксикациях и травмах черепа. Иногда возникает при вирусных нейроинфекциях.

Симптомы. Менингиальный синдром (см. «Эпидемический менингит») развивается постепенно на фоне основного заболевания, возможно острое начало. Спинномозговая жидкость прозрачна, вытекает под большим давлением. Средняя продолжительность заболевания 2—3 недели. Выздоровление полное. Возможны повторения и осложнения (головные боли, потеря слуха, понижение зрения).

Менингит туберкулезный. Туберкулезное обсеменение оболочек мозга. Чаще заболевают дети в возрасте 1—7 лет. Встречается в любом возрасте.

Симптомы. Развивается постепенно с недомогания. усталости, потери аппетита, головных болей, рвоты. Температура в пределах 38—39°, пульс аритмичный, замедленный. Нередки запоры. Постепенно нарастает менингиальный синдром (см. «Эпидемический менингит»). Спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает под большим давлением.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 2 мл 50% р-ра п/к или в/м. 2. Магния сульфат 10 мл 25% р-ра в/в или в/м. 3. Глюкоза 20 мл 40% р-ра в/в. 4. При сосудистой недостаточности кордиамин 2 мл, эфедрин 1 мл 5% р-ра или мезатон 0,5 мл 1% р-ра, преднизолон 30—60 мг или гидрокортизон 200—300 мг в/в или в/м. 5. Для предупреждения отека мозга лазикс 2 мл в/в. 6. Диме-

дрол 1—2 мл 1% р-ра (пипольфен 2 мл 2,5% р-ра) в/в.

Госпитализация в инфекционное, неврологическое, ЛОР или туберкулезное отделение.

МЕНЬЕРА СИНДРОМ. Встречается при арахноидитах, острых нарушениях мозгового кровообращения, заболеваниях уха (лабиринтитах, отосклерозах).

Симптомы. Внезапные припадки: понижение слуха, резкие головокружения, тошнота, рвота, расстройство равновесия, нистагм, шум в ушах, потливость, побледнение кожных покровов, понижение АД. Иногда непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Сознание, как правило, сохранено. Длительность приступа от нескольких часов до 2—3 дней.

Неотложная помощь. 1. Придать наиболее удобное положение с закрытыми глазами. 2. Атропин 0,5 мл 0,1% р-ра или платифиллин 1 мл 0,2% р-ра п/к. 3. Новокаин 5—10 мл 0,5% р-ра с 10 мл 40% р-ра глюкозы в/в. 4. Димедрол 2 мл 1% р-ра или пипольфен 2 мл 2,5% р-ра п/к. 5. Магния сульфат 10 мл 25% р-ра в/в. 6. При неукротимой рвоте аминазин 1 мл 2,5% р-ра в/м.

Госпитализации не подлежат, за исключением некупирующихся случаев.

НЕВРАЛГИИ. Наиболее часто встречаются невралгия тройничного, межреберных и седалищных нервов.

Вызывается острыми и хроническими инфекциями, различными интоксикациями, травматическими повреждениями. В этиологии невралгии тройничного нерва особое место занимают хронические заболевания полости рта и придаточных пазух носа. Анатомические изменения в нервах при невралгии не установлены.

Симптомы. Наиболее характерны приступы острых жгучих болей, резко усиливающихся при движении и соприкосновении. Продолжительность приступов — от нескольких минут до многих часов.

При невралгии тройничного нерва боли обычно локализуются в соответствующей половине лица и сопровождаются рефлекторными сокращениями мимической и жевательной мускулатуры, слезотечением и выделением слизи из носа. Необходимо учитывать возможность заболевания придаточных пазух, зубов, периоста.

При межреберной невралгии острая боль ощущается в межреберье с одной стороны, усиливается при движениях, кашле, натуживании. Иногда отмечается нарушение чувствительности, появление герпетической сыпи по ходу межреберий, может повыситься температура. Не-

обходимо исключить плеврит, хроническое заболевание легких, опухоль грудной клетки, стенокардию, травму и др.

При невралгии седалищного нерва заболевание развивается остро или постепенно. Боли односторонние в нижней конечности, усиливающиеся при растяжении, движении, кашле, перемене положения, давления по ходу корешков и нерва. Положительный симптом Кернига и Ласега (резкая болезненность и напряжение мышц при одновременном расправлении нижних конечностей в тазобедренном и коленном суставах). На больной конечности иногда отсутствует ахиллов рефлекс, наблюдаются гипотония мышц, опущение ягодичной складки. Болезнь имеет наклонность к обострениям.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 2 мл 50% р-ра в/м, в тяжелых случаях — промедол 1 мл 2% р-ра п/к. 2. Антигистаминные препараты — димедрол 2 мл 1% р-ра п/к или пипольфен 2 мл 2,5% р-ра в/м. 3. Витамины B_1 1 мл 5% р-ра п/к, B_{12} 100—200 мкг в/м. Рекомендуется тепло, горчичники, физиотерапия.

Госпитализации не подлежит.

ОБМОРОК. Острая сосудистая недостаточность с кратковременной потерей сознания. Причины обморока многообразны и чаще всего связаны с вегетативной дисфункцией, провоцируемым эмоциональным возбуждением — страхом, болью, взятием крови, небольшой травмой. Такой обморок возникает обычно при вертикальном положении больного и быстро проходит при укладывании. Нередки также ортостатические обмороки, возникающие при попытке больного принять вертикальное положение, подняться с постели. Эти обмороки могут наблюдаться у ослабленных лиц, перенесших длительное заболевание с постельным режимом или длительным ограничением активности, а также после приема некоторых лекарств (ганглиоблокаторы, быстродействующие диуретики).

Урежение сердечного ритма (менее 40 сокращений в мин) может осложниться обмороком. При некоторых тяжелых заболеваниях сердца — инфаркте миокарда, митральных и аортальных стенозах — также возможно возникновение обморока вследствие недостаточного сердечного выброса. Обмороки могут провоцироваться физической нагрузкой, гипогликемией, приступообразным кашлем.

Симптомы. Непосредственно перед обмороком больной ощущает легкую тошноту, головокружение, сла-

бость, потемнение в глазах. Остро возникает или усиливается бледность. Падение может привести к травме. Во время обморока отмечается малый пульс, иногда брадикардия, редкое поверхностное дыхание, низкое АД, холодные конечности, узкие зрачки (с сохранением реакции на свет), мышечная гипотония. Продолжительность обморока от нескольких секунд до нескольких минут.

Для правильного распознавания природы обморока важно определить наличие заболевания сердца, нарушение ритма. Иногда обморок трудно отличить от малого приступа эпилепсии. Дифференциальный диагноз основывается на характере приступа, состоянии после приступа. Сходны с обмороками некоторые приступы истерии, наблюдающиеся обычно у молодых женщин с эмоциональными нарушениями. При этом пульс, АД остаются нормальными, падение не сопровождается травмами.

Неотложная помощь. 1. В момент обморока независимо от его причины больного уложить с опущенной головой, расстегнуть воротник, приподнять ноги. 2. Обрызгать холодной водой и дать вдохнуть пары нашатырного спирта. 3. Кофеин 1 мл 10—20% р-ра, кордиамин 1—2 мл (коразол 1 мл 10% р-ра) в/в или п/к. 4. В редких случаях мезатон 0,5—1 мл 1% р-ра п/к.

ОТЕК ЛЕГКИХ. Чаще всего — результат острой левожелудочковой недостаточности и другой патологии сердца. Независимо от причины наиболее важными звеньями патофизиологической цепи являются: гипертензия в малом круге кровообращения, повышение гидростатического давления в легочных капиллярах, повышение проницаемости альвеолярно-капиллярных мембран.

Симптомы. Развитию синдрома обычно предшествует эмоциональное или физическое напряжение. Нарастает одышка, цианоз, двигательное возбуждение, тахикардия, увеличивается АД. При выслушивании легких — множество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, возможны нарушения ритма. По мере развития отека удушье прогрессирует, дыхание становится клокочущим, усиливается кашель с выделением кровянистой пенистой мокроты. Дифференцировать с двусторонними ателектазами, двусторонней мелкоочаговой пневмонией.

Неотложная помощь. 1. Ингаляция кислорода с пеногасителями (этиловый алкоголь, антифомсилан). При обильном пенообразовании — отсос пены (с помощью аппарата ДП-2, резиновых груш). В бессознательном состоянии интратрахеально 1—3 мл 70% спирта пу-

тем прокола передней стенки трахеи или через интубационную трубку. 2. Строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра или коргликон 1 мл 0,06% р-ра в/в на глюкозе. 3. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в. 4. Лазикс 2—4 мл в/в. 5. Димедрол 2 мл 1% р-ра (пипольфен 2 мл 2,5% р-ра, супрастин 2 мл 2% р-ра) п/к или в/в. 6. Морфин 1 мл 1% р-ра п/к или в/в на 20 мл физиологического р-ра или 40% р-ре глюкозы для уменьшения перевозбуждения дыхательного центра. 7. При повышенном АД — венозные жгуты на четыре конечности (ниже должна сохраняться пульсация артерии, цвет кожи должен быть синюшным). 8. Папаверин 2—4 мл 2% р-ра, но-шпа 2 мл 2% р-ра, дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра в/в. 9. Рауседил 1 мл в/м, дроперидол 2—4 мл в/в. 10. Пентамин 1 мл 5% р-ра, или гексоний 0,5—1 мл 2,5% р-ра в/в медленно под контролем АД. Введение нужно прекратить, когда систолическое давление снижается до уровня, на 20—30 мм рт. ст. превышающего обычный для данного больного. 11. Хлорид или глюконат кальция 10 мл 10% р-ра в/в. 12. Кортикостероиды — преднизолон 60—90 мг или гидрокортизон 500—600 мг в/в капельно на 400 мл полиглюкина при сниженном АД. 13. Мезатон 0,5—1 мл 1% р-ра или норадреналин 0,3—0,7 мл 0,1% р-ра в/в медленно в сочетании с кортикостероидами при кардиогенном шоке. 14. Лазикс 1 мл в/в. 15. Натрия бикарбонат 50—100 мл 4% р-ра в/в капельно. 16. Кокарбоксилаза 50—100 мг в/в.

Госпитализация в отделение интенсивной терапии после полного купирования приступа, на носилках в положении полусидя.

ПЕРИКАРДИТ ОСТРЫЙ. Причиной возникновения может быть туберкулезная, вирусная и другая инфекция, ревматизм, аллергические заболевания, инфаркт миокарда, хроническая почечная недостаточность, опухоли, травмы.

Симптомы. Наиболее характерной является прекардиальная боль (не загрудинная) различной интенсивности — от легкого покалывания до тяжелого болевого синдрома, напоминающего инфарктный. Боль часто усиливается при дыхании и кашле, иногда иррадиирует в левое плечо или шею. Боль не снимается нитроглицерином, усиливается при надавливании в межреберьях или между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы и в углу между сосцевидным отростком и реберной дугой. Патогномоничным объективным признаком является шум трения перикарда — грубый, скребущий, иногда непостоянный, переменчивой громкости, меняю-

щийся в зависимости от положения больного и фаз дыхания, сопровождающий систолу и диастолу и сохраняющийся при задержке дыхания. Выслушивается обычно на ограниченном участке, чаще слева, парастернально.

Небольшое количество экссудата клинически может не проявляться. Сердце увеличивается и, что особенно характерно, увеличивается зона абсолютной тупости. Значительное и быстрое нарастание экссудата может привести к тампонаде сердца с развитием правожелудочковой недостаточности. Клиническая картина и течение перикардита во многом определяются характером основного заболевания.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 3—4 мл 50% р-ра, промедол 1 мл 2% р-ра (омнопон 1 мл 2% р-ра или морфин 1 мл 1% р-ра) в/в или в/м. 2. Горчичники на прекардиальную область. 3. При ревматическом неспецифическом травматическом и туберкулезном перикардите — преднизолон 30—60 мг. 4. При наличии обильного экссудата лазикс 2—4 мл в/в. 5. По жизненным показаниям пункция перикарда с удалением жидкости из его полости и введением антибиотиков (пенициллин 200 000 ед.).

Госпитализация в кардиологическое отделение при угрозе нарастания выпота (в положении полусидя).

ПЛЕВРИТ СУХОЙ. В большинстве случаев возникает вследствие обострения туберкулезного процесса в легких, иногда как реакция плевры на воздействие некоторых факторов (пневмония, абсцесс и гангрена легкого, ревматизм, опухоли, травма грудной клетки и др.).

Симптомы. Основной симптом — колющая боль в боку, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, чихании. Чаще всего боль локализуется в нижних и боковых отделах грудной клетки. При воспалении реберной плевры боль ощущается непосредственно в месте поражения. При верхушечном сухом плеврите — распространяется по ходу нервных стволов руки, при диафрагмальном — в области шеи и живота (симулируя клинику острого живота). Температура тела субфебрильная или нормальная.

При осмотре отмечают некоторое отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании. Перкуторно — уменьшение дыхательной подвижности легочного края на стороне поражения. При аускультации — шум трения плевры.

Боли при плеврите могут напоминать боли, обусловленные межреберной невралгией и нейромиозитами. Од-

нако в первом случае они связаны с дыханием, а во втором — с движением. При плеврите наклон туловища в здоровую сторону усиливает боли из-за растяжения воспаленной плевры, при межреберной невралгии и миозите боли усиливаются при наклоне туловища в больную сторону. Пальпация межреберья при плеврите вызывает умеренную боль, а при невралгии и миозите острую.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 2 мл 50% р-ра в/м. 2. Димедрол 1 мл 1% р-ра (пипольфен 2 мл 2,5% р-ра или супрастин 1 мл 2% р-ра) п/к.

Госпитализация не показана.

ПЛЕВРИТ ЭКССУДАТИВНЫЙ. В большинстве случаев причиной является туберкулез. Однако как и сухой плеврит может быть следствием других инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Симптомы. У некоторых больных заболевание развивается постепенно с появления субфебрильной температуры, боли в груди, кашля, общей слабости, потливости, понижения аппетита, расстройства сна. Только через 3—4 недели состояние больных более или менее резко ухудшается (температура достигает высоких цифр, усиливаются боль в груди, кашель, обнаруживаются признаки плеврального экссудата). Нередко заболевание начинается остро: температура повышается (часто с потрясающим ознобом) до 39—40°С, возникает колющая боль в боку, усиливающаяся при вдохе, быстро нарастает одышка, беспокоят головная боль, потливость, иногда тошнота, рвота.

При осмотре больного отмечают отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, выбухание ее и сглаженность межреберных промежутков. Перкуторно определяется тупость. Дыхание над экссудатом резко ослабленно или становится бронхиальным.

Неотложная помощь. 1. При высокой температуре анальгин 2 мл 50% р-ра, аминазин 2 мл 2,5% р-ра в/в. 2. Преднизолон 30—60 мг в/м. 3. Димедрол 2 мл 1% р-ра (пипольфен 2 мл 2,5% р-ра или супрастин 2 мл 2% р-ра) п/к или в/в. 4. Плевральная пункция с удалением экссудата (выполняется врачом).

Госпитализация при наличии большого экссудата в профильное отделение.

ПНЕВМОНИЯ КРУПОЗНАЯ. Острое инфекционное заболевание легких, захватывающее целую долю (иногда 2—3 доли).

Наиболее частыми возбудителями являются пневмококки Френкеля-Вексельбаума, стафилококки, стрепто-

кокки, диплобацилла Фридлендера, кишечная палочка, смешанная флора. Чаще заболевают люди ослабленные, подверженные различного рода вредным воздействиям. Сердечная недостаточность с нарушением кровообращения в малом круге, острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей, авитаминозы, резкие колебания температуры воздуха, переохлаждение служат предрасполагающими факторами.

Симптомы. Начало острое — озноб (иногда потрясающий), длящийся от нескольких минут до 3 часов, повышение температуры до 39—40°С, головная боль. Начинает беспокоить колющая боль в грудной клетке, обычно в нижнебоковых отделах, усиливающаяся при вдохе и кашле. Больной дышит поверхностно и часто. Боль не всегда соответствует локализации процесса. Иногда при нижнедолевой пневмонии она симулирует острый живот. В первые 1—2 дня кашель сухой, затем начинает выделяться кровянистая («ржавая») мокрота. Иногда ознобу предшествует период недомогания с ощущением слабости, головной боли, ломоты в суставах.

При осмотре больного обычно заметна гиперемия щек (более выраженная на пораженной стороне), иногда цианоз губ, герпетические высыпания на губах, крыльях носа, мочках ушей, шее. Дыхание учащено (иногда до 30—40 в мин). При дыхании отмечается отставание пораженной половины грудной клетки. Уже в первый день заболевания определяется притупление перкуторного звука с тимпаническим оттенком. К концу первого или на второй день выслушивается крепитация. В последующие дни притупление становится более отчетливым, выслушивается бронхиальное дыхание, усиливается голосовое дрожание, исчезает крепитация. Крупозной пневмонии нередко сопутствует плеврит — чаще сухой, реже экссудативный.

Всегда отмечаются изменения сердечно-сосудистой системы: тахикардия (пульс до 120 в мин), систолический шум на верхушке. В период кризиса может развиться коллапс: больной внезапно бледнеет, покрывается холодным потом, становится адинамичным, вены спадают, пульс слабый, малого наполнения.

У некоторых больных может превалировать неврологическая симптоматика. Больные возбуждены, жалуются на бессонницу, головную боль, иногда наблюдаются менингиальные симптомы.

У стариков и ослабленных хроническими заболева-

ниями больных крупозная пневмония проявляется атипично, без острого начала, с субфебрильной или даже нормальной температурой, со слабо выраженными другими симптомами. Особенно тяжело протекают «верхушечные» пневмонии, когда поражается верхняя доля, а также мигрирующие пневмонии, при которых процесс распространяется с одной доли на другую.

Крупозную пневмонию необходимо дифференцировать от очаговой пневмонии (нет острого начала, температура не достигает высоких цифр, нет «ржавой» мокроты, не выслушивается крепитация) и от экссудативного плеврита, туберкулезной казеозной пневмонии, инфаркта легкого, острого живота.

Неотложная помощь. 1. При нарушении функции сердечно-сосудистой системы строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра или коргликон 1 мл 0,06% р-ра в/в на глюкозе. 2. Кордиамин 2 мл (коразол 1 мл 10% р-ра), кофеин 1 мл 10—20% р-ра п/к или в/в. 3. При коллапсе — мезатон 1 мл 1% р-ра или норадреналин 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра на глюкозе или физиологическом растворе в/в медленно. 4. Оксигенотерапия.

Госпитализация в терапевтическое или пульмонологическое отделение обязательна.

ПНЕВМОНИЯ ОЧАГОВАЯ. Включает разнообразные по этиологии и клинике воспалительные изменения легочной ткани. Общим признаком является ограниченность воспалительного процесса пределами доли, сегментов, ацинуса. Очаговые пневмонии могут быть как осложнением других заболеваний, так и самостоятельными.

Бронхопневмония. Возбудителем бронхопневмонии может быть самая разнообразная флора: пневмококки, стафилококки, стрептококки, диплобацилла Фридлендера и др.

Воспалительный процесс начинается в бронхах, а затем переходит на альвеолярную ткань. Пожилой возраст, переутомление, наличие хронических заболеваний легких (пневмосклероз, эмфизема, хронический бронхит), переохлаждение предрасполагают к развитию бронхопневмонии.

Симптомы. Если бронхопневмония развивается на фоне бронхита, катара верхних дыхательных путей, начало заболевания установить нельзя. Однако часто, особенно у молодых людей, заболевание начинается остро, иногда с озноба. Температура повышается до 38—39°С, появляется слабость, головная боль, кашель (су-

хой или со слизисто-гнойной мокротой). Больных иногда беспокоит боль в грудной клетке, учащается дыхание (25—30 в мин).

Неотложная помощь. Кордиамин 2 мл (коразол 1 мл 10% р-ра) п/к, строфантин 0,3—0,5 мл 0,05% р-ра в/в на глюкозе, коргликон 1 мл 0,06%, р-ра в/в на глюкозе, антигистаминные средства. Банки, горчичники. Лечение антибиотиками, сульфаниламидными препаратами. При сухом кашле кодеин, в стадии рассасывания отхаркивающие препараты (термопсис, алтей, ипекакуана), щелочные растворы.

ПНЕВМОТОРАКС СПОНТАННЫЙ. Скопление воздуха в плевральной полости. Наиболее грозным является клапанный пневмоторакс, при котором воздух поступает в полость плевры во время вдоха, а во время выдоха отверстие закрывается и воздух задерживается в плевральной полости. По мере накопления воздуха давление в плевральной полости увеличивается, средостение смещается в здоровую сторону, легкое на пораженной стороне спадает, возникают гемодинамические нарушения, приводящие к резкому повышению давления в легочной артерии и развитию острого легочного сердца.

Спонтанный пневмоторакс может развиться при туберкулезе легких (при прорыве в плевральную полость субплеврально расположенных каверны или казеозного очага), бронхоэктатической болезни, абсцессе, гангрене и раке легких, буллезной эмфиземе, прорыве эхинококкового пузыря. Разновидностью спонтанного пневмоторакса является так называемый идиопатический спонтанный пневмоторакс у здоровых. Возникает он чаще у мужчин 20—40-летнего возраста в условиях форсированного дыхания (при кашле, смехе, чихании, натуживании и др.), но может развиться и в спокойном состоянии. Причинами его могут быть надрывы плевры во время выдоха при высоком внутрибронхиальном давлении, разрыв плевральных спаек при вдохе, разрыв одиночных раздутых альвеол во время выдоха, конституциональная слабость плевры. Нередко при спонтанном пневмотораксе в плевральной полости скапливается и жидкость (гемопневмоторакс, пиопневмоторакс и т. д.).

Симптомы. Определяются количеством и быстротой накопления воздуха в плевральной полости. При быстром и значительном накоплении воздуха возникает резчайшая боль в груди, появляется одышка (до 40 дыханий в мин), цианоз. Больной бледен, покрыт холод-

ным потом, испытывает страх смерти. Пульс мягкий, нитевидный, частый, АД низкое. Пораженная половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Перкуторно определяется тимпанический звук. Голосовое дрожание отсутствует. Дыхание ослаблено или совсем не прослушивается. Сердце смещено в противоположную сторону. При правостороннем пневмотораксе печень оттеснена книзу. При накоплении в плевральной полости жидкости в нижних отделах появляется притупление легочного звука.

Сравнительно редким, но тяжелым осложнением является кровотечение из поврежденных при разрыве плевры сосудов.

Неотложная помощь. 1. При шоке промедол 1 мл 2% р-ра (омнопон 1 мл 2% р-ра или морфин 1 мл 1% р-ра) в/в или п/к. 2. Строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра в/в на глюкозе. 3. Кордиамин 2 мл (коразол 1 мл 10% р-ра или кофеин 2 мл 10—20% р-ра) в/в. 4. Мезатон 1 мл 1% р-ра или норадреналин 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра в/в. 5. Оксигенотерапия. 6. При нарастании одышки и цианозе, набухании шейных вен, резком смещении средостения аспирация воздуха из полости плевры путем введения иглы или троакара в область газового пузыря во II или III межреберье по среднеключичной линии или в III—IV межребье по среднеподмышечной линии.

Госпитализация в туберкулезное или терапевтическое отделение в положении сидя.

ПОЧЕЧНАЯ ЭКЛАМПСИЯ. Осложнение острого нефрита, обусловленное нарушением мозгового кровообращения и резким подъемом давления спинномозговой жидкости. Обычно возникает на 1-й неделе гломерулонефрита и развивается на фоне выраженной гипертонии.

Симптомы. Характерно наличие предвестников — сильных головных болей, сопровождающихся тошнотой, головокружением и общим недомоганием. Припадок начинается внезапно с тонических и клонических судорог, охватывающих все тело, вслед за которыми или одновременно с ними развивается кома. Наблюдаются прикусывание языка, расширение зрачков, утрата их реакции на свет. Выявляются патологические рефлексы, сухожильные рефлексы повышены. Иногда почечной эклампсии предшествует или одновременно с ней возникает острая сердечная недостаточность, проявляющаяся отеком легких. Весьма характерна для эклamптического

припадка выраженная пастозность лица, иногда сочетающаяся с цианотичным румянцем. Пульс замедлен до 50—60 в мин. АД всегда значительно повышено: систолическое достигает 180—200, диастолическое 100—120 мм. рт. ст. Судорожные припадки продолжаются от нескольких мин до получаса. Количество их не превышает 2—3. В межприступный период чаще всего отмечается сопорозная форма потери сознания. Длительность эклампсий не более 2 суток. В период постепенного возвращения сознания и после его восстановления отмечается очаговая церебральная симптоматика, иногда моторное возбуждение, речевые расстройства, нарушения слуха и зрения.

Дифференциальный диагноз с эпилепсией, а в сопорозном состоянии с уремической комой.

Неотложная помощь. 1. Во время судорожного припадка предотвратить ушибы и прикус языка. 2. Хлоралгидрат клизмой 50 мл 3% р-ра. 3. Магния сульфат 15—20 мл 25% р-ра в/м или в/в, дибазол 6—8 мл 0,5% р-ра в/в, рауседил 5 мг в/м. 4. Эуфиллин 10мл 2,4% р-ра в/в на глюкозе. 5. Аминазин 1 мл 2,5% р-ра в/м. 6. Пентамин 0,5—1 мл 5% р-ра в/в на 20 мл 40% р-ра глюкозы медленно под постоянным контролем АД. 7. Ингаляция кислорода, при необходимости искусственное дыхание.

Госпитализация в неврологическое отделение или отделение неотложной терапии после выведения из тяжелого состояния.

СОЛНЕЧНЫЙ УДАР. Продолжительное воздействие солнечных лучей ведет к расширению мозговых кровеносных сосудов, вследствие чего наблюдается прилив крови к голове.

Симптомы. Первые признаки солнечного удара — покраснение лица и сильные головные боли. Затем появляется тошнота, головокружение, потемнение в глазах, рвота. Больной теряет сознание, развивается одышка, нарушается сердечно-сосудистая деятельность.

Неотложная помощь. (см. «Тепловой удар»).

ТЕПЛОВОЙ УДАР. Болезненное состояние, возникающее вследствие перегревания тела. К удару приводят три основных фактора: высокая внешняя температура, плотная одежда, задерживающая испарение кожи, усиленная физическая работа. Тепловые удары случаются как в жаркую погоду, так и просто в жарких, душных помещениях. Перегреванию тела способствует также и недостаток питьевой воды, что уменьшает

потоотделение, а следовательно, и охлаждение поверхности тела.

Симптомы. Появляются вялость, усталость, головокружение, головная боль, сонливость. Лицо краснеет, походка делается шатающейся, дыхание затруднено, температура доходит до 40°С. Если вовремя не устранить причины, вызывающие перегревание, больной теряет сознание, лицо становится бледным, синюшным, кожа холодной, покрывается потом, пульс нитевидный, учащенный.

Неотложная помощь. 1. Больного нужно вывести или вынести из душного помещения на свежий воздух, из-под солнечных лучей — в тень, уложить, освободить от стесняющей одежды. 2. На голову и область сердца положить холодные компрессы. 3. Напоить большим количеством холодной воды, в тяжелых случаях облить холодной водой. 4. Ввести в/в изотонический раствор хлорида натрия с витаминами. 5. При сердечно-сосудистой недостаточности строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра или коргликон 1 мл 0,06% р-ра на глюкозе (20% мл 40 р-ра). 6. Кордиамин 2 мл, коразол 1 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация после выведения из тяжелого состояния в отделение интенсивной терапии.

ЭПИЛЕПСИЯ. Выделяют симптоматическую, или вторичную, эпилепсию, когда припадки являются следствием патологического процесса (опухоль, абсцесс мозга, рубцы и др.), и собственно эпилепсию, являющуюся самостоятельным заболеванием. Приступы могут быть спровоцированы сильным психическим возбуждением, переутомлением, недостаточно проветренным помещением, запорами.

Симптомы. Большой эпилептический припадок развивается внезапно. В большинстве случаев ему непосредственно предшествуют кратковременные предвестники, так называемая аура (слуховые, зрительные, осязательные раздражения). Вслед за аурой начинается припадок, заключающийся в потере сознания и падении больного (во время которого могут быть получены тяжелые травмы), тоническом напряжении всей мускулатуры и остановке дыхания, появлении бледности, сменяющейся цианозом, расширении зрачков, не реагирующих на свет. Эта фаза длится несколько секунд. Вслед за ней начинается клоническая фаза, когда появляется шумное, хриплое дыхание, быстрые судорожные сокращения мышц лица, конечностей, туловища. В слу-

чае прикуса языка изо рта выделяется пенистая слюна, окрашенная кровью. Иногда непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Эта фаза длится 2—3 мин и в свою очередь сменяется сопорозным состоянием различной длительности, которое переходит в сон. Больной не помнит о припадке, но у него остается головная боль, вялость, разбитость.

Когда эпилептические припадки следуют один за другим и сознание не успевает восстанавливаться, развивается тяжелое состояние комы, так называемый эпилептический статус, который может привести к отеку легких, мозга и смерти. Припадки возникают через неравномерные промежутки. Иногда в течение жизни отмечаются единичные припадки.

Наряду с судорожными большими припадками встречаются и малые эпилептические припадки, во время которых больной на несколько секунд теряет сознание, прерывает нить разговора, смотрит в одну точку, а затем как ни в чем не бывало продолжает прерванную речь.

Проводить дифференциальный диагноз с истерическими припадками, при которых реакция зрачков на свет сохранена, больной при падении не ушибается, не прикусывает язык, нет непроизвольного мочеиспускания. У детей нужно исключить судороги, связанные с рахитом, ларингоспазмом, спазмофилией и др.

Неотложная помощь. 1. Профилактика травматизма (под голову мягкий предмет, между зубами эластический валик). 2. Седуксен 10 мл в/в с глюкозой. 3. Аминазин 2 мл 2,5% р-ра в/м. 4. Димедрол 2 мл 1% р-ра или пипольфен 2 мл 2,5% р-ра в/в. 5. При неэффективности — ингаляция закиси азота с кислородом 2:1. 6. Магний сульфат 10 мл 25% р-ра в/в или в/м, натрий хлорид 10 мл 10% р-ра в/в, кальция хлорид 10 мл 10% р-ра в/в, лазикс 2 мл в/в для дегидратации. 7. При ослаблении сердечной деятельности (отеке легких) — соответствующая терапия. Инъекции камфоры противопоказаны.

Госпитализации подлежат больные в эпилептическом статусе.

III. ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Как правило, клиника острых отравлений развивается очень быстро, и без своевременной медицинской помощи исход может быть неблагополучным в первые же часы.

Запоздалая или некачественная помощь чаще всего оказывается неэффективной, не оставляющей возможности для последующего лечения.

Обязательный комплект машины токсикологической бригады скорой помощи должен содержать: наркозный аппарат АН-8, аппарат для искусственного дыхания, механический отсос, кардиограф, кислородный ингалятор, набор желудочных зондов, набор для венесекции и венепункции, набор для промывания желудка, системы для переливания крови, минимальный набор антидотных средств (атропин, дипироксим, гипосульфит натрия, унитиол, витамин B_1, прозерин, амилнитрит, активированный уголь и др.), различные медикаментозные средства (кокарбоксилаза, АТФ, барбитураты, миорелаксанты, аскорбиновая кислота, сердечно-сосудистые средства, дыхательные аналептики, слабительные), инфузионные среды (4% р-р бикарбоната натрия, полиглюкин, гемодез, растворы глюкозы).

Диагностика отравлений нередко затруднительна. Большое внимание при оказании скорой помощи следует уделить тщательному анамнезу (помня о том, что лица, принявшие яд с целью самоубийства, могут давать ложную информацию), подробному расспросу родственников и окружающих больного лиц, осмотру помещения (остатки яда, пустые коробки или флаконы от медикаментов, рецепты и т. д.). Все выделения больного и остатки яда должны быть собраны в отдельную посуду для лабораторного исследования. Неоценимую роль в установлении диагноза играет правильная оценка данных осмотра, характера и степени нарушения сознания, состояния кровообращения и дыхания, активности выделения секрета пищеварительных и дыхатель-

ных путей, наличия диспептических явлений, запаха выдыхаемого воздуха, выделений и промывных вод желудка, величины зрачков, температуры тела, состояния и вида кожных покровов и слизистых и т. д.

Отравления у детей имеют ряд особенностей. Дети, в отличие от взрослых, гораздо более чувствительны к ряду химических веществ. Особо опасными для детей первого года жизни являются барбитураты, транквилизаторы, антидепрессанты, антигистаминные, гипотензивные и противокашлевые средства.

Все сведения, какие бригаде скорой помощи удалось выявить о больном и обстоятельствах отравления, должны быть предельно полно переданы врачу стационара. Столь же подробно излагается объем выполненной помощи.

Неотложная помощь при острых отравлениях включает в себя следующие обязательные мероприятия:

1. Установление вида токсического вещества, времени отравления и пути поступления яда в организм.
2. Прекращение дальнейшего поступления (или всасывания) яда.
3. Раннее обезвреживание (антидотная терапия).
4. Максимально ускоренное выведение яда и его метаболитов из организма.
5. Коррекция нарушенных жизненно важных функций организма.

Логическая последовательность действий диктуется обстоятельствами. Однако, как и при других формах экстремальной патологии, в первую очередь должны быть выполнены мероприятия по восстановлению кровообращения и дыхания.

При поступлении яда ингаляционным путем первое, что нужно сделать, это вывести пострадавшего из зоны действия токсического агента и обеспечить ингаляцию кислородом. Медицинский персонал, оказывающий помощь, должен при этом пользоваться индивидуальными средствами защиты (противогаз).

При попадании токсических веществ на кожу ее следует быстро обмыть водой с мылом.

Для выведения токсического вещества из полостей (прямая кишка, влагалище, мочевой пузырь) производится промывание водой — клизмы, спринцевания.

При укусах змей, подкожном или внутримышечном введении токсических доз лекарственных препаратов проводятся циркулярные новокаиновые блокады выше места попадания токсина, разведение последнего вве-

дением изотонических растворов в место поражения. Местно применяется холод.

В случае, если яд принят через рот, делается промывание желудка с помощью зонда. Раннее промывание желудка устраняет опасность тяжелых последствий даже при значительных дозах высокотоксичных ядов, а в ряде случаев является основным спасительным мероприятием. Промывание желудка производится независимо от состояния больного и срока, прошедшего со времени принятия яда.

Техника промывания желудка. Больного усаживают (или укладывают в положении на боку), ротовую полость освобождают от слизи и рвотных масс, снимают зубные протезы, расслабляют или снимают стесняющую одежду. Толстый желудочный зонд обильно смазывают вазелином или растительным маслом и вводят в пищевод через рот или нижний носовой ход по задней стенке глотки. При этом следует помнить о возможности попадания зонда в трахею; в этом случае у наружного отверстия зонда слышны дыхательные шумы. При правильном проведении зонда из наружного отверстия обычно появляется содержимое желудка. Для промывания на месте используется теплая водопроводная вода 10—20 л. Не следует применять нейтрализующие растворы при отравлениях крепкими кислотами и щелочами, ибо от взаимодействия кислоты и щелочи может образоваться газ, который, накапливаясь в желудке, вызывает резкую боль, вплоть до шока. Если яд не обладает деструктивными свойствами, в воду можно добавить поваренную соль — 2—3 ложки на 10 л воды. Возникающий от этого пилороспазм препятствует проникновению яда в тонкий кишечник. Промывание проводится дробными порциями воды — до 0,5 л. Воду вливают в зонд через воронку, которую поднимают так, чтобы вода поступала в желудок. Когда уровень воды достигнет сужения воронки, последнюю опускают ниже уровня желудка и опрокидывают. Процедуры повторяют до появления чистых промывных вод, исчезновения запаха и цвета яда. Для восстановления проходимости зонда, забитого содержимым желудка, его следует промыть под давлением с помощью шприца Жанэ.

Первая порция промывных вод забирается для лабораторного исследования (в стерильную посуду — для бактериологического анализа, в нестерильную — для химического).

Наличие отека пищевода (отравление крепкими кислотами и щелочами) не является противопоказанием к зондовому промыванию желудка. В таких случаях используется специальный проводник (чаще стальная струна с оливой на конце) и процедуру выполняет врач.

Не противопоказует промыванию и наличие желудочного (пищеводного) кровотечения. В этих случаях для промывания используется охлажденная вода. У больных, находящихся в коматозном состоянии, указанная процедура выполняется после предварительной интубации трахеи (профилактика аспирации желудочного содержимого).

Всосавшийся в сосудистое русло яд выводится различными методами почечного и внепочечного очищения, из которых в условиях скорой помощи чаще всего используется форсированный диурез (в настоящее время в практику вводится метод гемосорбций).

Форсированный диурез на догоспитальном этапе может быть проведен путем сочетания водной нагрузки и осмотических диуретиков при ощелачивании плазмы и мочи.

Водная нагрузка осуществляется одномоментным обильным питьем щелочных вод (лучше минеральных) до 1 л и более или внутривенной инфузией изотонических растворов хлорида натрия (глюкозы) — до 500 мл.

В качестве осмотических диуретиков используют свежеприготовленные растворы маннитола (20%) или мочевины (30—40%) из расчета 1 г на 1 кг массы тела больного.

Ощелачивание плазмы и мочи достигается внутривенным капельным или струйным введением 250—500 мл 4% р-ра бикарбоната натрия.

Особую роль играет ранняя антидотная терапия. Антидоты могут быть применены лишь в том случае, если точно известен яд.

Наряду с методами ускоренного выведения токсического продукта и специфической (антидотной) терапией проводится и симптоматическая (посиндромная) терапия, значение которой возрастает при отравлении неизвестными ядами, а также при поздних вызовах бригады скорой помощи, когда имеется клиника резорбтивного действия яда с нарушением жизненно важных функций организма.

Чаще всего приходится сталкиваться с нарушениями дыхания и газообмена. Клинически они могут проявляться в виде центральной формы нарушения дыха-

Основные антидоты, применяющиеся при отравлениях бытовыми ядами

Вещество, вызывающее отравление	Антидот
Анилин, перманганат калия, другие метгемоглобинобразующие соединения	Метиленовый синий 1—2 мл 1% р-ра на 1 кг веса в/в Аскорбиновая кислота 30 мл 5% р-ра в/в
Антикоагулянты (при кровотечениях)	Аминокапроновая кислота 100 мл 5% р-ра в/в, капельно, с повторением Викасэл 5—10 мл 1% р-ра в/в с повторением Протамин-сульфат (антидот гепарина) 5 мл 1% р-ра в/в
Атропин	Прозерин 1—2 мл 0,05% раствора в/в
Барбитураты	Бемегрид 10—20 мл 0,5% р-ра в/в
Барий и его соли	Сульфат магния 100 мл 30% р-ра внутрь (после промывания желудка)
Металлы тяжелые (ртуть, мышьяк, свинец и др.)	Унитиол по 10 мл 5% р-ра в/м повторно Антидот Стржижевского 100 мл внутрь Тетацин-кальций 20 мл 10% р-ра в 5% р-ре глюкозы в/в капельно
Метиловый спирт, этиленгликоль	Этиловый спирт до 100 мл 30% р-ра внутрь
Морфин, промедол	Налорфин 1—3 мл 0,5% р-ра в/в
Мышьяковистый водород	Мекаптид 1 мл 40% р-ра в/м Унитиол 10 мл 5% р-ра в/в или в/м
Наперстянка	Хлорид калия 5 г в виде 10% р-ра внутрь
Нитрат серебра	Натрия хлорид 2% р-ра для обильного промывания желудка
Окись углерода	Кислород (ингаляции, гипербарическая оксигенация)
Пахикарпин	Прозерин 1—2 мл 0,05% р-ра п/к повторно АТФ 2—3 мл 1% р-ра в/м Витамин B_1 10 мл 5% р-ра в/м
Синильная кислота	Амилнитрит — вдыхание паров из раздавленной ампулы Натрия нитрат 10 мл 1% р-ра в/в медленно Натрия тиосульфат 20 мл 30% р-ра в/в Хромосмон 50—100 мл в/в
Формалин	Хлорид (или карбонат) аммония по столовой ложке 3% р-ра внутрь повторно
Фосфорорганические соединения	Атропина сульфат в/в в 0,1% р-ре по схеме (в зависимости от тяжести отравления) Дипироксим 1—3 мл 15% р-ра в/в

ния (на фоне глубокой комы), аспирационно-обтурационного синдрома, нарушения транспорта кислорода, патологических процессов в легких. Основой лечения любой формы нарушения дыхания является оксигенотерапия. Ее проведение: 1) создать больному дренажное положение: уложить на правый бок, вытянуть правую ногу, левую — подогнуть к животу, голову положить на правую руку; 2) эвакуировать содержимое ротовой полости с помощью отсоса, желательно под контролем ларингоскопа; 3) при обильной саливации или бронхорее ввести атропин; 4) при наличии вязкой мокроты ввести в трахею (прокол иглой) 4—5 мл 0,5% раствора бикарбоната натрия, а если возможно, провести ингаляцию аэрозоля протеолитических ферментов (химотрипсин); 5) при необходимости интубировать трахею и обеспечить искусственную вентиляцию легких.

Использование дыхательных аналептиков при указанных видах дыхательных нарушений нецелесообразно, так как они приводят в конечном итоге к увеличению дефицита кислорода и угнетению дыхательного центра.

После устранения гипоксии для коррекции ацидоза показано введение 200—300 мл 4% бикарбоната натрия (окончательная коррекция проводится в стационаре при соответствующем биохимическом контроле).

Результатом действия яда на жизненно важные центры нередко является нарушение кровообращения, которое проявляется в виде так называемого экзотоксического шока. Этим сборным понятием определяют комплекс серьезных нарушений функций центральной нервной системы, центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции, метаболических процессов. При оказании первой помощи главной задачей в этом случае является быстрая коррекция гиповолемии с введением растворов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, желатиноль, гемодез), глюкокортикоидов, бикарбоната натрия. Своевременное устранение гиповолемии является профилактикой острой почечной недостаточности.

При отравлениях гемолитическими ядами и миоглобинурии с этой целью проводится раннее ощелачивание плазмы и мочи (бикарбонатом натрия) и форсированный диурез.

При отравлениях гепатоксическими ядами уже на догоспитальном этапе необходима терапия, направленная на защиту печени: 5—15% р-р глюкозы (500—

1000 мл) с инсулином (1 ед на 4 г глюкозы), липотропные вещества (20—30 мл 5% р-ра холинхлорида на 500 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно), глютаминовая кислота (до 100 мл 1% р-ра), витамины B_6 (2 мл 5% р-ра в/м), B_{12} (до 1000 мкг в/м), кокарбоксилаза (до 1000 мг в/м), аскорбиновая кислота (10—20 мл 5% р-ра), унитиол (10 мл 5% р-ра).

КЛИНИКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

АЛКОГОЛЬ (спирты этиловый, метиловый, гидролизный, муравьиный и др).

Этиловый спирт. Клиника двухфазная. В фазе резорбции (всасывания) происходит распределение алкоголя в организме. В фазе элиминации — снижение концентрации в крови. Токсическое действие проявляется наркотическим эффектом. Большие дозы вызывают значительное угнетение ЦНС. В организме окисляется до ацетальдегида, затем до уксусной кислоты. Развивается ацидоз.

Симптомы. Токсические дозы вызывают коматозное состояние. Поверхностная кома характеризуется выраженным гипертонусом, множественными миофибрилляциями, суженными зрачками, умеренной саливацией, рвотой. При глубокой коме преобладает неврологическая симптоматика. Наблюдаются мышечная гипотония, отсутствие сухожильных, корнеальных, глоточных рефлексов, холодная липкая кожа, аспирационно-обтурационная и центральная форма нарушения дыхания (при этом зрачки расширяются). При рвоте нередко возникает аспирация содержимого в дыхательные пути. Нарушения гемодинамики — гипотония, тахикардия.

Неотложная помощь. 1. Восстановление проходимости дыхательных путей и обеспечение адекватного дыхания: туалет полости рта, использование языкодержателя, отсасывание слизи, рвотных масс, при необходимости интубация трахеи и искусственная вентиляция легких. 2. Нормализация гемодинамики. 3. Промывание желудка через зонд. 4. Форсированный диурез. 5. Никотиновая кислота по 1 мл 2,5% р-р п/к повторно. 6. Витаминотерапия: B_6—2мл, B_1—5 мл в/м, С — до 40 мл в/в. 7. Антибиотики.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна (носилки).

Метиловый спирт (метанол, древесный спирт). Смертельная доза 10—100 мл. Продукты его окисления — формальдегид и муравьиная кислота — вызывают тяжелые поражения ЦНС, зрительного нерва. Является сильным сосудистым ядом с выраженным кумулятивным действием.

Симптомы. Опьянение выражено слабо, наблюдается тошнота, рвота, мелькание «мушек» перед глазами. После недлительного (10—24 часа) периода относительного благополучия появляются головная боль, головокружение, неясность видения, слепота, боль в ногах, нарастающая жажда. Кожные покровы и слизистые сухие, гиперемированные (цианотичные). Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена. Тахикардия, аритмия. Стойкий коллапс. Спутанное сознание. Судороги, психомоторное возбуждение, мышечный гипертонус. Смерть наступает от нарушения гемодинамики и паралича дыхания.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез, возможно более ранний гемодиализ. 3. Этиловый спирт до 100 мл 30% р-ра внутрь, затем каждые 2 часа от 10 до 25 мл 4—5 раз. При коме спирт вводится в/в в виде 5—25% р-ра из расчета 1 мл/кг. 4. Бикарбонат натрия 200—250 мл 4% р-ра в/в. 5. Витаминотерапия (B_1—5 мл в/м, С — до 20 мл в/в). 6. Глюкокортикоиды (преднизолон 30—60 мг в/в). 7. АТФ—2—3 мл 1% р-р в/м повторно. 8. Лечение токсического шока.

Госпитализация во всех случаях обязательна.

Суррогаты алкоголя: гидролизный и сульфитный спирты (содержат метиловый спирт и карбонильные соединения), денатурат (технический спирт, содержит метиловый спирт, альдегид, другие примеси), муравьиный спирт (по характеру действия близок к метиловому), одеколоны и лосьоны (содержат этиловый и метиловый спирт; альдегиды, эфирные масла), политуры (содержат этиловый спирт, ацетон, бутиловый и амиловый спирты).

Симптомы и неотложная помощь (см. «Этиловый спирт» и «Метиловый спирт»).

АМИДОПИРИН (антипирин, анальгин, баралгин, бутадион, реопирин). Токсический эффект проявляют продукты превращения препаратов в организме — гидробензол, анилин и др.

Симптомы. При отравлениях легкой степени шум в ушах, тошнота, рвота, гипотермия, слабость, одышка,

сердцебиение, аллергические проявления. При тяжелых отравлениях появляются судороги, сонливость, бред, утрата сознания, коматозное состояние с расширением зрачков, цианозом, гипотензией.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка через зонд, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез и ощелачивание мочи. 3. При тяжелых отравлениях ранний гемодиализ. 4. Коррекция дыхания и гемодинамики. 5. Витаминотерапия (витамин B_1—2 мл, витамин B_{12} до 1000 мкг в/м). 6. При судорогах седуксен 10—20 мг в/в.

Госпитализация при средней и тяжелой степенях отравления обязательна.

АМИНАЗИН (и другие нейроплегики и нейролептики). Токсическое действие является результатом седативного действия на ЦНС, угнетения дыхательного центра, выраженного адренолитического, холинолитического действия, подавления энергообмена в тканях.

Симптомы. Зависят от дозы яда. Характерны резкая слабость, головокружение, сухость во рту, тошнота, иногда судороги, потеря сознания вплоть до комы. Зрачки сужены. Сухожильные рефлексы повышены. Снижение АД, учащение пульса без цианоза. Возможны кожные аллергические реакции. При тяжелых отравлениях коматозное состояние развивается уже в первые часы. Резко расширяются зрачки, угнетается их реакция на свет. Дыхание становится поверхностным. АД снижается до критических цифр. Быстро развивается гипотермия. Тахикардия при плохом наполнении пульса, фибрилляция желудочков.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез. 3. Перитонеальный диализ, гемосорбция. 4. Борьба с дыхательной недостаточностью. 5. Введение плазмозаменителей. 6. Осторожное применение сосудосуживающих препаратов (мезатон, норадреналин капельно). 7. Глюкокортикоиды. 8. При судорогах — оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна.

АМИТРИПТИЛИН (и другие антидепрессанты). Смертельная доза 2500 мг для взрослых, 350 мг для детей.

Симптомы. Двигательное возбуждение (клонико-тонические судороги, эпилептиформный статус). Угнетение ЦНС вплоть до комы. Угнетение дыхания вплоть до апноэ. Снижение АД. Угнетение сердечной деятель-

ности (замедление внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости). Расширение зрачков. Сухость во рту. Нередко развивается гипертермия.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, солевое слабительное. 2. Ингаляция кислорода, при резком угнетении дыхания интубация трахеи, ИВЛ. 3. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи. 4. При резком возбуждении седуксен (10—20 мг), оксибутират натрия (10—20 мл 20% р-ра). 5. Поддержание гемодинамики. 6. При дозах более 1200 мг — гемосорбция.

Госпитализация обязательна.

АМИТАЛ НАТРИЯ (см. «Барбитураты»).

АММИАК (см. «Щелочи едкие»).

АНАЛЬГИН (см. «Амидопирин»).

АНДАКСИН (см. «Транквилизаторы»).

АНИЛИН (нитробензол, фенилгидразин, гидрохинон, сульфаниламидные препараты).

Токсическое действие связано с превращением оксигемоглобина в метгемоглобин, дегенерацией эритроцитов, дистрофией паренхиматозных органов, наркотическим эффектом. Может проникать через кожу и дыхательные пути. При поступлении внутрь смертельная доза 1 г.

Симптомы. Легкая степень — синюшная окраска слизистой губ, ушных раковин, ногтевых фаланг пальцев (метгемоглобинемия), резкая слабость, головная боль, головокружение, эйфория с двигательным возбуждением, тошнота, одышка, тахикардия, увеличение печени. При тяжелой степени — быстрая утрата сознания, кома, узкие зрачки без реакции на свет, слюнотечение и бронхорея, выраженный цианоз. Смерть при явлениях паралича дыхательного центра и острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Неотложная помощь. 1. При попадании на кожу смазывание р-ром перманганата калия (1:1000). 2. При попадании внутрь — промывание желудка, активированный уголь, вазелиновое масло (150 мл). 3. Раннее применение методов активной детоксикации — замещение крови, гемодиализ, форсированный диурез. 4. Метиленовый синий из расчета 1 мл 1 % р-ра на 1 кг веса с 5—15% раствором глюкозы в/в капельно. 5. Гипосульфит натрия по 10 мл 30% р-ра в/в повторно. 6. Аскорбиновая кислота до 60 мл 5% р-ра в/в. 7. Витамин B_{12} до 600 мкг в/м. 8. Борьба с нарушениями дыхания и гемодинамики. 9. Профилактика острой печеночно-почеч-

ной недостаточности. 10. Постоянная ингаляция кислорода.

Госпитализация во всех случаях обязательна.

АНТАБУС (тетурам). Прием алкоголя после курса лечения антабусом вызывает выраженную вегето-сосудистую реакцию, клинически проявляющуюся гиперемией кожи, чувством жара, затрудненным дыханием, ознобом, тахикардией, страхом смерти. Реакция длится 1—2 часа. В тяжелых случаях развиваются выраженный коллапс, тахикардия, бледность и цианоз кожных покровов, неукротимая рвота.

Неотложная помощь: 1. Придать горизонтальное положение. 2. Глюкоза 40 мл 40% р-ра с аскорбиновой кислотой 10 мл 5% р-ра в/в. 3. Бикарбонат натрия 200 мл 4% р-ра в/в капельно. 4. Витамин B_1 2мл в/м. 5. Лазикс 40 мг в/в. 6. Борьба с коллапсом.

Госпитализация обязательна.

АНТИКОАГУЛЯНТЫ (гепарин, дикумарин, пелентан, фенилин и др.).

Симптомы. Кровотечение — носовое, маточное, желудочное, кишечное. Гематурия. Кровоизлияния в подкожную клетчатку, мышцы, внутренние органы. При передозировке гепарина — значительное увеличение времени свертывания крови, при отравлениях непрямыми антикоагулянтами — уменьшение протромбинового индекса.

Неотложная помощь: 1. В тяжелых случаях — обменное переливание крови, форсированный диурез. 2. Викасол 5 мл 1% р-ра в/в. 3. Хлористый кальций 10 мл 10% р-ра в/в. 4. Переливание свежей крови. 5. При передозировке гепарина протаминсульфат 5 мл 1% р-ра в/в при необходимости повторно из расчета 1 мл на каждое 5000 ед введенного гепарина. 6. Аминокапроновая кислота 250 мл 1% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна.

АНТИФРИЗ. («тормозная жидкость» этиленгликолевого состава).

Поступает в организм через дыхательные пути, неповрежденную кожу, пищевой канал. При окислении в организме образует щавелевую кислоту, нарушающую обмен кальция. Поражает ЦНС, сосуды почек с развитием некротического нефроза. Смертельная доза при приеме внутрь 80—90 мл.

Симптомы. Явления легкого алкогольного опьянения. Через 5—6 часов появляются боли в подложечной области, жажда, головная боль, рвота, понос, гиперемия

кожи, цианоз слизистых, психомоторное возбуждение, повышение температуры, тахикардия. При тяжелых отравлениях выделяют 2 формы течения: 1 — с преимущественным поражением ЦНС — развитие глубокой комы с арефлексией, экзотоксический шок. Если удается вывести из комы, исход зависит от степени поражения почек; 2 — с преимущественным поражением почек. Развитие в течение 1—4 дней острой почечной недостаточности, уремической комы.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, слабительное. 2. Ранний гемодиализ, форсированный диурез. 3. Лечение токсического шока. 4. Хлористый кальций (или глюконат) по 10—20 мл 10% р-ра в/в повторно. 5. Сульфат магния 5—10 мл 25% р-ра в/м. 6. Этиловый спирт по 10 мл 30% р-ра внутрь повторно или 100—200 мл 5% р-ра в/в. 7. Профилактика острой почечной недостаточности.

Госпитализация обязательна.

АТРОПИН (препараты красавки — бикарбон, бесалол, беллоид, астматол, скополамин, аэрон, платифиллин, циклодол, депаркин, тропацин и т. д.). Ярко выражено м-холинолитическое действие. Смертельная доза 0,1 г.

Симптомы: сухость во рту, расстройство речи и глотания, диплопия, расстройство ближнего видения, светобоязнь, одышка, тахикардия, головная боль, сухость кожных покровов и слизистых, расширение зрачков без реакции на свет, коллапс. Психическое и двигательное возбуждение, бред, галлюцинации, эпилептиформные судороги. Потеря сознания, кома. Смерть — при явлениях паралича дыхательного центра и сосудистой недостаточности.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь. 2. Форсированный диурез. 3. Коррекция дыхания и гемодинамики. 4. Применение физиологических антагонистов — прозерин 1 мл 0,05% р-ра п/к повторно. 5. При резком возбуждении — барбамил 5—10 мл 5% р-ра в/в, аминазин 1—2 мл 2,5% р-ра в/в на изотоническом растворе хлорида натрия, тизерцин 2 мл 2,5% р-ра п/к, оксибутират натрия 75—100 мг на 1 кг веса. 6. При гипертермии амидопирин 10—20 мл 4% р-ра в/м, холод на голову, паховые области, обертывание влажными простынями.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна (на носилках).

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА (аспирин, ас-

кофен, цитрамон). Протоплазматический яд, действующий на ЦНС. Вызывает нарушение кислотно-щелочного равновесия, гипопротромбинемию, раздражение слизистой желудочно-кишечного тракта.

Симптомы. Жжение в желудке, тошнота, рвота. Могут наблюдаться расстройства психики, возбуждение, галлюцинации, судороги, ослабление слуха и зрения, обильная потливость, утрата сознания вплоть до комы (при выраженном ацидозе). Смерть может наступить от паралича дыхательного и сосудодвигательного центров. Нередко наблюдаются геморрагии (носовые, маточные кровотечения), токсический гепатит, метгемоглобинемия с последующим некротическим нефрозом, гипокалиемия, гипергликемия.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, слабительное. 2. Форсированный диурез под контролем кислотно-щелочного и водно-электролитного равновесия. 3. Меры по остановке кровотечений. 4. Обволакивающие средства. 5. Лечение метгемоглобинемии — метиленовый синий 1 мл 1% р-ра на 1 кг веса, аскорбиновая кислота 10—20 мл 5% р-ра в/в. 6. Профилактика недостаточности почек и печени. 7. Гемодиализ, обменное переливание крови.

Госпитализация при средней и тяжелой степени отравления обязательна.

АЦЕТОН. Пути поступления: дыхательные пути, кожа, пищевой канал. Оказывает наркотическое действие на ЦНС, вызывает ожог слизистых дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Смертельная доза 70—100 мл.

Симптомы. При вдыхании паров отмечается слабый наркотический эффект — головокружение, головная боль, состояние опьянения, слабость, шаткая походка, раздражение слизистых, дыхательных путей (кашель, бронхит), конъюнктивы (слезотечение). При приеме внутрь — гиперемия и отечность слизистой ротовой полости и глотки, характерный запах изо рта. Боль и жжение по ходу пищевода и в животе. При больших дозах — коллапс, коматозное состояние, расстройство дыхания. Нередко развитие печеночной (токсический гепатит) и почечной (снижение диуреза, гематурия) недостаточности. Смерть — от рефлекторной остановки дыхания.

Неотложная помощь. 1. При ингаляционном отравлении — промывание глаз водой, ингаляция кислорода. 2. При приеме внутрь — промывание желудка. 3. Форсированный диурез, ощелачивание плазмы и мочи.

4. Борьба с ожоговым шоком (плазмозаменители, глюкокортикоиды, дроперидол с фентанилом по 2—3 мл на глюкозе в/в медленно). 5. Профилактика печеночной и почечной недостаточности. 6. Коррекция нарушений дыхания.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени отравления обязательна.

АЭРОН (см. «Атропин»).

БАРБИТУРАТЫ (и другие снотворные и седативные средства). Отравления по частоте и тяжести занимают одно из первых мест. Токсическое действие связано с угнетением ЦНС.

Симптомы. Клиническая картина зависит от дозы и степени влияния препарата на ЦНС. Выделяют 3 стадии отравления: легкую (засыпания), среднюю (поверхностной комы) и тяжелую (глубокой комы). Для стадии засыпания характерны сонливость, снижение реакции на различные раздражители. Больного можно разбудить, но контакт с ним неэффективен. Речь смазана, больной снова засыпает. Рефлексы в пределах нормы. Дыхание не нарушено.

В стадии поверхностной комы сознание отсутствует совсем. Реакции на внешние раздражители сохраняются. Мышечный тонус и рефлексы снижены. Наблюдается гиперсаливация. Дыхание поверхностное, однако признаков гипоксии нет (если нет западения языка или аспирации). Некоторая тахикардия.

При глубокой коме наблюдается выраженное угнетение ЦНС с арефлексией и резким снижением мышечного тонуса. Выраженный миоз. Кожные покровы серо-бледные, цианотичные. Выражены саливация, бронхорея. Дыхание поверхностное, с периодическим апноэ. Может развиться асфиксия. Выраженный экзотоксический шок с развитием глубокой гипотензии и ацидозом. Нередко появляется гипертермия центрального происхождения. Токсическое действие снотворных усиливается алкоголем, наркотиками, транквилизаторами. В посткоматозном периоде отмечается непостоянная неврологическая симптоматика, эмоциональная лабильность или депрессия, трофические расстройства, пневмонии.

Неотложная помощь. 1. Поддержание адекватного дыхания и сердечной деятельности. При необходимости интубация трахеи, отсасывание слизи, ИВЛ. 2. Промывание желудка (в коматозном состоянии после предварительной интубации трахеи). 3. Форсированный диурез, ощелачивание плазмы и мочи. 4. При тяжелых

отравлениях ранний перитонеальный диализ, гемодиализ, гемосорбция. 5. Лечение антидотами только после выхода из глубокой комы — бемегрид 10 мл 0,5% р-ра в/в повторно. 6. Антибиотики (профилактика пневмонии). 7. Гепарин 5000 ед 4—6 раз в сутки под контролем.

Госпитализация обязательна.

БАРИЙ И ЕГО СОЛИ. Токсичны все соли, кроме нерастворимого сульфата бария. Токсическое действие связано с поражением ЦНС (токсический геморрагический энцефалит), нарушением деятельности миокарда (антагонизм между ионами бария и калия). Смертельная доза при приеме внутрь хлорида бария 0,8—0,9 г, карбоната бария 2,5—4,0 г.

Симптомы. Жжение в полости рта, по ходу пищевода, боли в области желудка, тошнота, рвота, понос, головокружение, обильное потоотделение, мышечная слабость, судороги. Пульс замедленный, слабый, нарушение ритма, экстрасистолия, мерцание предсердий, блокады сердца, коллаптоидное состояние. При тяжелых отравлениях нарастающая мышечная слабость, параличи нижних конечностей. Смерть от сердечной недостаточности и остановки дыхания.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка через зонд 1% р-ром сульфата магния или натрия. После промывания введение внутрь раствора сульфата магния (20 г на 150 мл воды по 1 столовой ложке каждые 5 минут для образования сульфата бария). 2. Форсированный диурез, гемодиализ. 3. Обезболивающие. 4. Динатриевая соль ЭДТА — 20 мл 10% р-ра с 500 мл 5% глюкозы в/в капельно. При нарушениях ритма — хлористый калий 200—300 мл 1% р-ра на 5% глюкозе в/в капельно.

Госпитализация обязательна.

БЕЛЛОИД (белласпон, беллатаминал). Токсическое действие зависит от входящих в состав препаратов красавки, барбитуратов, спорыньи. Отравления чаще встречаются среди детей. Первыми появляются симптомы отравления атропином. Однако чаще первую помощь приходится оказывать при второй фазе действия препарата, когда проявляется эффект снотворных. При большой дозе наблюдается типичная барбитуровая кома (см. «Атропин», «Барбитураты»).

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез. 3. Борьба с нарушениями дыхания и гемодинамики (см. также «Атропин» и «Барбитураты»).

Госпитализация обязательна.

БЕНЗИН (керосин). Особенно опасен этилированный бензин, содержащий тетраэтилсвинец. Путь поступления — дыхательные пути, неповрежденная кожа, пищеварительный тракт. Оказывает наркотическое действие на ЦНС, раздражает слизистые дыхательных путей и глаз, нарушает обменные процессы, поражает печень. Токсическая доза при попадании внутрь 20—50 мл.

Симптомы. При вдыхании паров бензина — опьянение, головокружение, головная боль, возбуждение, тошнота, рвота, слезотечение, кашель. Эти явления быстро проходят при прекращении поступления паров в дыхательные пути. При больших концентрациях может развиться кома и даже быстро наступающая смерть от паралича дыхательного центра.

При приеме яда внутрь — боли в животе, рвота, увеличение и болезненность печени, иногда желтушность кожных покровов (токсическая гепатопатия). В моче появляется белок, уробилин. При аспирации — боли в груди, кровянистая мокрота, одышка, резкая слабость, развивается «бензиновая токсическая пневмония».

Неотложная помощь. 1. Удаление пострадавшего из помещения, насыщенного парами бензина. 2. При попадании внутрь — промывание желудка, активированный уголь, слабительное. 3. По показаниям — интубация трахеи, отсасывание содержимого дыхательных путей, ИВЛ, ингаляция кислорода. 4. Антибиотики, камфора, кордиамин. 5. Борьба с нарушениями гемодинамики.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ГАЗЫ И ПАРЫ РАЗДРАЖАЮЩИЕ (аммиак, бром, йод, окислы азота, хлор, пары концентрированных кислот).

Вдыхание концентрированных паров может привести к быстрой смерти, причиной которой является химический ожог дыхательных путей, рефлекторное влияние на дыхательный центр. Опасно также резорбтивное действие яда, возникновение метгемоглобинемии, гемолиза.

Аммиак (нашатырный спирт).

Симптомы. При отравлениях легкой степени появляется загрудинная боль, кашель, охриплость голоса. При средней тяжести — мучительный кашель, выделение кровянистой мокроты, отторжение некротизированных участков слизистой дыхательных путей. Развивается метгемоглобинемия. В тяжелых случаях — токсический отек

легких. Смерть — при нарушениях дыхания и кровообращения.

Неотложная помощь. 1. Вывести больного из опасной зоны, оксигенотерапия. 2. При необходимости — интубация трахеи, отсасывание содержимого, ИВЛ. 3. Ингаляция аэрозолей растворов соды, антибиотиков, новокаина с эфедрином. 4. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра в/в. 5. Димедрол 2 мл 1% р-ра п/к. 6. Гидрокортизон до 300 мг в сутки в/м. 7. Промывание глаз водопроводной водой, введение стерильного вазелинового масла. 8. Лечение метгемоглобинемии (см. «Анилин»).

Йод (йодистый калий, йодистый натрий, раствор Люголя, сайодин). Токсическое действие связано с прижигающим действием на слизистые дыхательных путей и пищеварительного тракта, поражением ЦНС, образованием метгемоглобина.

Симптомы. Вдыхание паров (см. «Газы и пары раздражающие»). При применении внутрь — характерный запах, боль во рту, пищеводе, желудке, темно-бурый цвет слизистой ротовой полости, рвота темными массами с примесью крови, понос, аллергические реакции, бред, галлюцинации, гемолиз, образование метгемоглобина, гемоглобинурийный нефроз, токсический гепатит.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка 5% р-ром гипосульфита натрия. 2. Гипосульфит натрия до 20 мл 30% р-ра в/в капельно. 3. Обезболивание. 4. Профилактика печеночно-почечной недостаточности. 5. При аллергических реакциях антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

Окислы азота. Симптомы. Раздражение слизистой незначительно. Через несколько часов после вдыхания развивается острый отек легких, сопровождающийся гипоксией, возбуждением, одышкой. Иногда нарушение гемодинамики.

Неотложная помощь (см. «Аммиак»).

Хлор. Симптомы Высокие концентрации способны вызвать рефлекторный ларингоспазм и даже остановку дыхания. Химический ожог легких. При меньших концентрациях — явления раздражения дыхательных путей, астматический бронхит, отек легких, метгемоглобинемия.

Неотложная помощь (см. «Аммиак»).

Бром. Симптомы. Вдыхание небольших концентраций вызывает насморк, слезотечение, стеснение в гру-

ди, носовое кровотечение. Большие концентрации — отек слизистой дыхательных путей, ларингоспазм, острый бронхит, пневмонию.

Неотложная помощь. Антидот — гипосульфит натрия 10 мл 30% р-ра в/в повторно. Далее см. «Аммиак».

Госпитализация при отравлениях раздражающими газами и парами средней и тяжелой степени обязательна.

ГАЛОПЕРИДОЛ (см. «Аминазин»).

ГЕКСАХЛОРАН (см. «Хлорорганические соединения»)

ГИДРОХИНОН (см. «Анилин»)

ГРИБЫ ЯДОВИТЫЕ. **Бледная поганка.** Токсическое начало — фаллоидин и аманитин. Первый — не растворяется в воде, устойчив к высокой температуре, быстро поражает паренхиматозные органы. Второй — токсичнее фаллоидина, действует медленнее. Угнетает ЦНС, вызывает паралич капилляров, дистрофию печени и почек.

Симптомы. Через 6—24 часа после употребления в пищу появляются коликообразные боли в животе, неукротимая рвота, понос с кровью, обезвоживание, экзотоксический шок. На 2—3 сутки начинает развиваться печеночная недостаточность: увеличение печени, болезненность, желтушность, затем кома, присоединение почечной недостаточности, острая недостаточность кровообращения.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, солевое слабительное. 2. Атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к. 3. Изотонический р-р хлорида натрия до 1 500 мл. 4. Лечение сердечно-сосудистой недостаточности. 5. Глюкокортикоиды. 6. Тио-липоевая кислота 10—20 мл 0,5% р-ра. 7. Ранний гемодиализ, обменное замещение крови.

Госпитализация обязательна.

Мухомор. Токсическое начало — мускарин, вызывающий перевозбуждение М-холинреактивных систем.

Симптомы. Через 1—2 часа после еды появляются слюнотечение, рвота, повышенное потоотделение, понос, бронхорея, бред, галлюцинации, развитие экзотоксического шока.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, солевое слабительное. 2. Атропин по 1—2 мл 0,1% р-ра в/в до сухости слизистых и расширения зрачков. 3. Форсированный диурез. 4. Лечение экзотоксического шока.

Строчки. Содержат гельвелловую кислоту — сильный,

яд, не разрушающийся кипячением. Вызывает гемолиз с поражением печени и почек.

Симптомы. Через 1—2 часа после употребления в пищу появляются боли в животе, рвота, понос, темная (бурая) моча, увеличение и болезненность печени, признаки печеночной и почечной недостаточности, кома, нарушения гемодинамики.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, солевое слабительное. 2. Профилактика печеночной и почечной недостаточности. 3. Борьба с экзотоксическим шоком.

Госпитализация при отравлениях грибами обязательна.

ДИГИТАЛИС (дигоксин). (См. «Сердечные гликозиды»).

ДИМЕДРОЛ (и другие антигистаминные препараты — дипразин, пипольфен, супрастин, тавегил). Токсическое действие связано с анестезирующим, хининоподобным, адренолитическим и холинолитическим действием, с поражением ЦНС. Смертельная доза около 1 г.

Симптомы, неотложная помощь (см. «Атропин», «Аминазин»).

ДИХЛОРЭТАН (см. «Хлорированные углеводороды»).

ДРЕВЕСНЫЙ СПИРТ (см. «Алкоголи»).

ДРОПЕРИДОЛ (см. «Аминазин»).

ЗМЕИНЫЙ ЯД (см. «Укусы змей»).

КАЛИЙ ЕДКИЙ (см. «Щелочи едкие»).

КАЛИЙ ПЕРМАНГАНАТ. Активный окислитель (образование атомарного кислорода). Оказывает прижигающее воздействие на слизистые. Резорбтивное действие проявляется токсическим гепатитом, нарушением выделительной функции почек, образованием метгемоглобина, поражением ЦНС. Смертельная доза 0,5—3,0 г.

Симптомы. Боль в полости рта, по ходу пищевода, в желудке, рвота, понос с примесью крови. Слизистая ротовой полости буро-коричневого цвета, отек слизистых. Нередко отек гортани (нарушение дыхания). Геморрагическое поражение кишечника. Токсический гепатит, почечная недостаточность (гиперкалиемия, анурия, уремия). Образование метгемоглобина. Двигательное возбуждение, иногда судороги. Пневмония.

Неотложная помощь. 1. Обезболивание. 2. Промывание желудка. 3. При необходимости интубация трахеи. 4. Глюконат кальция 20 мл 10% р-ра в/в повторно. 5. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 20 мл 10% р-ра на

500 мл изотонического р-ра хлористого натрия в/в капельно. 6. Витаминотерапия. 7. Профилактика печеночно-почечной недостаточности. 8. В тяжелых случаях обменное переливание крови. 9. Профилактика и лечение экзотоксического шока. 10. Лечение метгемоглобинемии (см. «Анилин»).

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

КАЛИЙ ЦИАНИСТЫЙ (см. «Синильная кислота»).

КАЛОМЕЛЬ (см. «Ртуть»).

КАРБОФОС (см. «Фосфорорганические вещества»).

КАУСТИЧЕСКАЯ СОДА (см. «Щелочи едкие»).

КЕРОСИН (см. «Бензин»).

КИСЛОТЫ КРЕПКИЕ (азотная, серная, соляная, щавелевая, уксусная и др.). Чаще других встречаются отравления уксусной эссенцией. Токсический эффект обусловливается ожогом пищеварительного тракта и резорбтивным действием. Смертельной дозой уксусной эссенции считается 25 мл и более (азотной кислоты — 12 мл, соляной — 20 мл, серной 3—5 мл, щавелевой 5—15 мл).

Симптомы. Ожог губ и лица, слизистой ротовой полости, пищевода, желудка, сопровождающийся резкой болью при глотании, гиперсаливация. Болевой, экзотоксический шок. Отек гортани, ларингоспазм. Повторная рвота с примесью крови. Пищеводно-желудочное кровотечение. Резорбтивное действие особенно выражено при отравлении уксусной кислотой. Наступающий гемолиз приводит к желтушной окраске кожных покровов, темно-бурой окраске мочи, увеличению и болезненности печени, гемоглобинурийному нефрозу, альбуминурии, уремии. Развивается экзотоксический шок с типичным нарушением гемодинамики, метаболическим ацидозом. Возможно развитие реактивного перитонита, перфорации желудка, кишечника. В последующем (через 2—3 недели) появляются признаки рубцового сужения пищевода и желудка.

Неотложная помощь. 1. Как можно более раннее промывание желудка (даже при наличии желудочно-пищеводного кровотечения и отека пищевода!). 2. Эффективное обезболивание (препараты для нейролептанальгезии). 3. Борьба с экзотоксическим шоком (инфузионная терапия). 4. Восстановление адекватного дыхания — ингаляция кислорода, интубация трахеи. 5. Ранняя инфузия бикарбоната натрия 500—1000 мл 4% р-ра (в зависимости от тяжести отравления). Проводится на

месте происшествия и в машине скорой помощи. 6. Борьба с недостаточностью печени. 7. Ранняя гормональная терапия. 8. Гемостатическая терапия при продолжающемся кровотечении (холод местно, аминокапроновая кислота). 9. Антибиотики.

Госпитализация обязательна.

КЛЕЙ БФ. Употребляется как суррогат алкоголя. Основа — фенолформальдегидная смола и поливинилацеталь, растворенные в этиловом спирте (ацетоне, хлороформе). Токсическое действие зависит от состава растворителя.

Симптомы, неотложная помощь (см. «Алкоголи», «Ацетон», «Эфир»).

КОФЕИН. Симптомы. Шум в ушах, головокружение, тошнота, сердцебиение, тахиаритмии. Возможно психомоторное возбуждение, судороги, расширение зрачков, угнетение ЦНС до сопорозного состояния, снижение АД. Смерть может наступить при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез. 3. Аминазин 2 мл 2,5% р-ра в/м. 4. При судорогах барбамил 5 мл 5% р-ра, оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в капельно. 5. Коррекция гемодинамики.

КУПОРОС МЕДНЫЙ (сульфат меди (см. «Медь»).

ЛОСЬОНЫ (см. «Суррогаты алкоголя»).

МЕДИНАЛ (барбитал-натрий) (см. «Барбитураты»).

МЕДЬ И ЕЕ СОЕДИНЕНИЯ (медный купорос, бордоская жидкость, бургундская жидкость, препарат АБ и др.). Пути поступления — дыхательные пути, пищеварительный тракт. Токсическое действие связано с раздражением слизистых оболочек, гемолизом, деструкцией паренхиматозных органов.

Симптомы. При поступлении яда внутрь — металлический привкус во рту, тошнота, рвота, боли в животе, частый жидкий стул, слабость, головокружение, головная боль, затрудненное дыхание, нарушение гемодинамики, иногда судороги, кома, гемолиз и развитие гемоглобинурийного нефроза, токсический гепатит.

При вдыхании медной пыли во время сварки развивается «литейная» лихорадка: озноб, повышение температуры, сухой кашель, головная боль, одышка, зуд и высыпания на коже.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка (хорошо 0,1% р-ром желтой кровяной соли), солевое

слабительное. 2. Унитиол 1 мл 5% р-ра на 10 кг веса больного в/м. 3. Тиосульфат натрия 100 мл 30% р-ра в/в. 4. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 20 мл 10% р-ра на 500 мл 5% р-ра глюкозы, в/в капельно. 5. Ранний гемодиализ, форсированный диурез. 6. Бикарбонат натрия до 1000 мл 4% р-ра в/в капельно. 7. Обезболивание. 8. Лечение токсического шока.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

МЕПРОТАН (мепробамат) (см. «Транквилизаторы»).

МОРФИН И ДРУГИЕ ОПИАТЫ (настойка опия, пантопон, героин, кодеин, текодин, промедол и т. д.). Острые отравления возможны при однократном злоупотреблении и при превышении доз у лиц, систематически применяющих наркотики (наркоманов). Оказывает наркотическое действие на ЦНС, угнетает (парализует) центры продолговатого мозга. Смертельная разовая доза морфина при приеме внутрь 0,2—0,4 г, при парентеральном введении 0,1—0,2 г(у наркоманов наблюдается привыкание к препарату).

Симптомы. Глубокое торможение коры головного мозга с потерей сознания (кома). Быстро возникает острая дыхательная недостаточность: дыхание поверхностное, ритм замедляется, становится периодическим (дыхание типа Чейн-Стокса). Нарушения гемодинамики — вторичны и являются результатом гипоксических изменений. Возбуждение центра блуждающего нерва вызывает брадикардию и рвоту, повышает тонус сфинктеров желудочно-кишечного тракта и мочевого пузыря. Характерны выраженный миоз, гипотермия, метаболический ацидоз, судороги (при коме арефлексия), гипергликемия.

Неотложная помощь. 1. Промывания желудка повторные (даже при парентеральном введении яда, т. к. морфин и его препараты выделяются в желудок и кишечник, откуда вновь всасываются в кровь), активированный уголь, солевое слабительное (или высокая сифонная клизма). 2. Катетеризация мочевого пузыря. 3. Форсированный диурез, ощелачивание плазмы и мочи. 4. При тяжелых формах—обменное переливание крови. 5. Введение антидота — налорфина 1—2 мл 0,5% р-ра в 20 мл изотонического р-ра хлористого натрия в/в медленно. Подкожное и внутримышечное введение дает меньший эффект. 6. Интубация трахеи, ИВЛ по показаниям. 7. Атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

МЫШЬЯК И ЕГО СОЕДИНЕНИЯ (парижская зелень, арсенат кальция, органические препараты мышьяка, новарсенол и др).

Токсический эффект является результатом связывания сульфгидрильных групп ферментных систем, поражения ЦНС, паралича капилляров, прижигающего действия. Токсическое действие проявляется при дозе 0,01—0,05 г, смертельный исход — при приеме 0,06—0,2 г яда.

Симптомы. При поступлении яда в желудок возможны две формы отравления: желудочно-кишечная и паралитическая. При первой через 2—8 часов после приема появляются металлический вкус во рту, рвота, резкие боли в животе, частый жидкий стул, иногда с примесью крови. Рвотные массы зеленоватого цвета, стул по консистенции напоминает рисовый отвар. Развивается выраженное обезвоживание, гиповолемический шок, судороги (хлоропения). Начинающийся гемолиз проявляется гемоглобинурией, анемией, желтушностью кожных покровов, острой почечной недостаточностью. В тяжелых случаях кома, смерть при нарушениях гемодинамики.

Паралитическая форма наблюдается при отравлениях большими дозами яда. Быстро развиваются сопорозное состояние, судороги, утрата сознания, кома, коллапс, паралич дыхания.

При ингаляционных отравлениях — раздражение слизистых глаз и дыхательных путей, головная боль, носовое кровотечение. При ингаляции мышьяковистого водорода — развитие гемолиза со всеми последствиями.

Неотложная помощь. 1. Введение через зонд антидота Стржижевского, затем промывание желудка, повторные сифонные клизмы. 2. Унитиол по 5 мл 5% р-ра в/в или в/м до 8 раз в сутки; 200—300 мл того же р-ра в желудок через зонд с последующим промыванием желудка. 3. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 20—30 мл 10% р-ра на 500 мл 5% глюкозы в/в капельно. 4. Ранний гемодиализ. 5. Витамины: аскорбиновая кислота, B_1, B_6, B_{15}. 6. Лечение экзотоксического шока — анальгетики, антигистаминные препараты, восполнение ОЦК. 7. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи (бикарбонат натрия до 1000 мл). 8. Профилактика печеночной и почечной недостаточности.

Госпитализация во всех случаях обязательна.

МУХОМОРЫ (см. «Грибы ядовитые»).

НАПЕРСТЯНКА (см. «Сердечные гликозиды»).

НАРКОТИЧЕСКИЕ ГАЗЫ И ПАРЫ (эфир, хлороформ, хлорэтил, метан, циклопропан, закись азота, ацетилен, сероуглерод). Угнетают ЦНС, нарушают обменные процессы, раздражают слизистую дыхательных путей, некоторые (хлороформ, хлорэтил) проявляют гепатотоксическое действие.

Симптомы. Зависят от концентрации газа (пара) и длительности ингаляции. Появляются признаки раздражения дыхательных путей: гиперемия слизистых, саливация, бронхорея. Может быть рвота (попадание эфира со слюной в желудок). Учащенное дыхание, тахикардия, повышение АД, двигательное возбуждение. Большие концентрации способны вызвать рефлекторную остановку сердца и дыхания. В других случаях — развитие комы, цианоза, расширение зрачков, снижение АД. Смерть от нарушения гемодинамики и остановки дыхания. При ингаляциях хлороформа и хлорэтила — симптомы недостаточности печени.

Неотложная помощь. 1. Оксигенотерапия, по показаниям интубация трахеи, ИВЛ. 2. Коррекция гемодинамики. 3. Форсированный диурез. 4. Прозерин 1 мл 0,05% р-ра в/м. 5. Профилактика недостаточности печени.

Из-за опасности фибрилляции желудочков противопоказано применение адреналина.

Госпитализация обязательна.

НАШАТЫРНЫЙ СПИРТ (см. «Щелочи едкие»).

НЕЙРОЛЕПТИКИ (см. «Аминазин»).

НИКОТИН И ДРУГИЕ АЛКАЛОИДЫ (аконит, сульфат анабазина). Поражает центральную и периферическую нервную системы, нарушает процессы возбудимости и проводимости в миокарде.

Симптомы. При приеме внутрь — раздражение слизистой пищеварительного тракта: саливация, тошнота, повторная рвота, понос. Характерны головная боль, головокружение, бледность кожных покровов, одышка, мышечная фибрилляция, в тяжелых случаях судороги, кома, аритмии и развитие атриовентрикулярной блокады, аритмический кардиогенный шок, остановка сердца.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка р-ром перманганата калия (1:1000), активированный уголь, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез. 3. Новокаин 20—50 мл 2% р-ра на 500 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно. 4. При судорогах оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в, седуксен (реланиум) 10—20 мг в/в, при необходимости введение мышечных релаксантов,

интубация трахеи, ИВЛ. 5. При нарушении сердечного ритма новокаинамид 10 мл 10% р-ра в/в, коргликон — 1 мл 0,06% р-ра на глюкозе в/в. 6. Реанимационные мероприятия.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

НИТРАТЫ И НИТРИТЫ (см. «Анилин»).

НОКСИРОН (см. «Барбитураты»).

ОДЕКОЛОН (см. «Суррогаты алкоголя»).

ОКИСЬ УГЛЕРОДА (см. «Угарный газ»).

ОМНОПОН (см. «Морфин»).

ПАХИКАРПИН. Алкалоид из группы ганглиоблокирующих средств (блокирует действие ацетилхолина), оказывает никотиноподобное действие. Смертельная доза 1,5 г. Злоупотребляют большими дозами для прерывания беременности.

Симптомы. Расширение зрачков, расстройство зрения, слабость, некоординированные движения, головокружение, тошнота, рвота, двигательное возбуждение (судороги), тахикардия, расстройство ритма, бледность кожных покровов, нарушения дыхания и кровообращения. В тяжелых случаях коматозное состояние, тяжелые нарушения сердечного ритма, остановка сердца.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез, ранний гемодиализ. 3. По показаниям — интубация трахеи, ИВЛ. 4. Прозерин 1 мл 0,05% р-ра п/к повторно. 5. АТФ 2—3 мл 1% р-ра в/м. 6. Витамин B_1 10 мл 5% р-ра в/в повторно. 7. Антиаритмические средства (см. «Никотин»). 8. Борьба с токсическим шоком.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ПОГАНКА БЛЕДНАЯ (см. «Грибы ядовитые»).

ПОЛИТУРА (см. «Суррогаты алкоголя»).

РТУТЬ И ЕЁ СОЕДИНЕНИЯ (сулема, каломель, киноварь, диацид, меркуран; лекарственные препараты, содержащие ртуть). Протоплазматический яд, вызывающий нарушения ферментативных процессов и функции жизненно важных органов. Сама ртуть при приеме внутрь малотоксична, опасно вдыхание ее паров.

Симптомы. При употреблении внутрь (чаще сулемы) из-за прижигающего действия резкая боль по ходу пищевода и в животе, саливация, металлический вкус во рту. Рвота, затем понос с кровью. Медно-красная окраска слизистых ротовой полости и глотки, кровоточивость десен, позже появляется темная кайма серни-

стой ртути на деснах. Со 2—3-го дня явления острой почечной недостаточности (сулемовая почка). Возбудимость ЦНС, иногда коматозное состояние. Часто наступает гемолиз.

При вдыхании паров ртути — сухой кашель, одышка, пневмония, выраженное поражение ЦНС.

Неотложная помощь. 1. Через зонд введение антидота Стржижевского (100 мл), через 10—15 минут промывание желудка, активированный уголь или унитиол 100—150 мл 5% раствора с последующим повторным промыванием желудка. 2. Ранний гемодиализ с одновременным введением унитиола (до 200—250 мл). 3. Унитиол 10 мл 5% р-ра в/в или в/м повторно. 4. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 10 мл 10% р-ра с 500 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно. 5. Тиосульфат натрия 100 мл 30% р-ра в/в капельно. 6. Витамины B_{12} до 1000 мкг, B_1, B_6 в/м. 7. Обезболивающие средства. 8. Профилактика острой почечной недостаточности.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ (дигоксин, дигитоксин, дигиталис, препараты ландыша и др.). Токсическое действие иногда проявляется в результате кумуляции препаратов в организме, при гипокалиемии и повышенной индивидуальной чувствительности. Токсические дозы вызывают серьезные электролитные сдвиги.

Симптомы. Диспептические расстройства (тошнота, рвота), мышечная слабость, адинамия, головокружение, зрительные галлюцинации, нарушение зрения. Особенно характерны нарушения сердечного ритма: брадикардия, желудочковые и предсердные экстрасистолы, нарушение проводимости вплоть до атриовентрикулярной блокады, реже развивается тахикардия с переходом в фибрилляцию желудочков. Коллапс, судороги. Коматозное состояние.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, солевое слабительное. 2. Унитиол 8—10 мл 5% р-ра в/м устраняет токсическое действие гликозидов. 3. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 20 мл 10% р-ра на 500 мл 5% глюкозы в/в капельно. 4. Хлористый калий в виде поляризующей смеси (1 г хлористого калия, 250 мл 5% глюкозы, 50 мл 40% глюкозы, 5 мл 25% р-ра сульфата магния, 8 ед инсулина) в/в капельно. Противопоказан при полной атриовентрикулярной блокаде. 5. Эуфиллин 10 мл 2,4% р-ра на глюкозе в/в медленно повторно. 6. При тахиаритмиях новокаинамид

5 мл 10% р-ра в/в, лидокаин 5—10 мл 5% р-ра в/в капельно, кокарбоксилаза 50—100 мг в/в или в/м. 7. При нарушении проводимости атропин 1 мл 0,1% р-ра в/в или п/к. 8. Лечение кардиогенного коллапса.

СВИНЕЦ. Протоплазматический яд, поражающий центральную и вегетативную нервную системы, систему крови, органы, пищеварительной системы. Отравление возможно при употреблении пищи, загрязненной свинцом или хранившейся в покрытой глазурью глиняной посуде.

Симптомы. Металлический вкус, во рту, саливация, тошнота, рвота, свинцовая кайма на деснах, «свинцовая колика»— резкие боли в животе, от которых больные мечутся, стонут. Боль сопровождается запором, олигурией. В тяжелых случаях кома, судороги, коллапс, энцефалопатия.

Неотложная помощь. 1. Введение антидота Стржижевского, промывание желудка. 2. Кальций-динатриевая соль ЭДТА 10—20 мл 10% р-ра с 500 мл 5% глюкозы в/в капельно. 3. Унитиол 8—10 мл 5% р-ра в/в или в/м повторно. 4. Атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к, но-шпа 2 мл 2% р-ра в/в или п/к. 5. Обезболивающие. 6. Борьба с коллапсом. 7. При судорогах оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в капельно, седуксен (реланиум) 10—20 мг в/в.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

СЕДУКСЕН (см. «Транквилизаторы»).

СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА И ДРУГИЕ ЦИАНИДЫ (цианид калия, натрия).

Протоплазматический яд, блокирующий тканевые ферменты с развитием тканевой гипоксии. Смертельная доза 0,05 г.

Симптомы. При приеме внутрь — запах горького миндаля изо рта, онемение губ и языка, головная боль, тошнота и рвота, боли в животе, нарастающая слабость, тахикардия, психомоторное возбуждение, судороги, потеря сознания. При больших концентрациях — развитие клонико-тонических судорог, резкого цианоза, острой сердечно-сосудистой недостаточности, остановки дыхания.

Неотложная помощь. 1. Кислородотерапия, кислород под давлением (гипербарическая оксигенация). 2. Ингаляция амилнитрита (раздавливание 2—3 ампул). 3. Нитрат натрия 10 мл 1% р-ра в/в медленно 2—3 раза через 10 минут. 4. Тиосульфат натрия 50 мл 30% р-ра в/в. 5. Промывание желудка р-ром перманганата калия (1:1000) или 0,5% р-ром тиосульфата натрия. 6. Глюко-

за 20—40 мл 40% р-ра в/в повторно. 7. Витамин B_{12} 1000 мкг в/м, аскорбиновая кислота 20 мл 5% р-ра в/в. 8. Сердечно-сосудистые средства. 9. Реанимационные мероприятия (ИВЛ, массаж сердца).

Госпитализация обязательна.

СОЛЯНАЯ КИСЛОТА (см. «Кислоты крепкие»).

СПИРТ ГИДРОЛИЗНЫЙ (см. «Суррогаты алкоголя»).

СПИРТ МЕТИЛОВЫЙ (см. «Алкоголи»).

СПИРТ МУРАВЬИНЫЙ (см. «Алкоголи»).

СПИРТ НАШАТЫРНЫЙ (см. «Щелочи едкие»).

СПИРТ ЭТИЛОВЫЙ (см. «Алкоголи»).

СУЛЕМА (см. «Ртуть»).

СУЛЬФАНИЛАМИДЫ (стрептоцид, сульфадимезин, норсульфазол и др.).

Симптомы. При отравлениях легкой степени — тошнота, рвота, слабость, головокружение. Состояние больного при тяжелых отравлениях определяет образование в крови сульфгемоглобина и метгемоглобина — появление цианоза, возбуждения, сопорозного состояния, иногда гемолиза, желтушности, некротической ангины. При повторном приеме больших доз (более 10 г) развивается острая почечная недостаточность, кристаллурия.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи. 3. Ранний гемодиализ. 4. Димедрол 1 мл 1% р-ра, хлористый кальций 10 мл 10% р-ра в/в. 5. При метгемоглобинемии см. «Анилин». 6. Витамины — аскорбиновая кислота 10 мл 5% р-ра в/в, витамин B_{12} до 600 мкг в/м. 7. Лечение острой почечной недостаточности.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ТЕТРАЭТИЛСВИНЕЦ (этилированный бензин).

Поражает ЦНС, прежде всего стволовой отдел мозга, вегетативные центры, паренхиматозные органы. Нарушает окислительные процессы.

Симптомы. Спустя 1—12 часов потеря аппетита, тошнота, рвота, общая слабость, головокружение, нарушение сна, кошмарные видения, галлюцинации, нарушения гемодинамики, саливация, тремор, психомоторное возбуждение, при тяжелых отравлениях — острый психоз.

Неотложная помощь. 1. При попадании на кожу облить пораженный участок керосином или горячей водой с мылом. 2. При поступлении яда внутрь про-

мывание желудка лучше 2% р-ром бикарбоната натрия или 0,5% р-ром сульфата магния. 3. Унитиол 10 мл 5% р-ра в/в или в/м. 4. Форсированный диурез. 5. При возбуждении оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в. Противопоказано введение морфина, хлоралгидрата, бромистых препаратов.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ТИОФОС (см. «Фосфорорганические вещества»).

ТОРМОЗНАЯ ЖИДКОСТЬ (см. «Антифриз»).

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ (элениум, седуксен, реланиум, триоксазин, тазепам, нозепам, мепробамат, андаксин и др.). Действуют на лимбическую и ретикулярную системы мозга (снотворный эффект), угнетают промежуточные мотонейроны (релаксирующий эффект). Расслабление мышц является причиной нарушения дыхания.

Симптомы. Засыпание, сонливость или коматозное состояние, расширение зрачков, гипотензия, быстрое развитие пневмоний. Особенно тяжело протекают отравления у детей. См. также «Барбитураты».

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка (при коме после интубации трахеи), солевое слабительное. 2. Борьба с нарушением дыхания, ИВЛ по показаниям. 3. Коррекция гемодинамики. 4. Форсированный диурез, при глубокой коме ранний гемодиализ, гемосорбция. 5. Борьба с экзотоксическим шоком.

Госпитализация обязательна.

ТРИОКСАЗИН (см. «Транквилизаторы»).

УГАРНЫЙ ГАЗ (окись углерода). Кровяной яд. При вдыхании быстро проникает через альвеолярно-капиллярную мембрану в кровь, где связывается с гемоглобином, образуя устойчивое соединение — карбоксигемоглобин. Развивается гемическая и тканевая гипоксия.

Симптомы. Разнообразны и зависят от концентрации газа и экспозиции. При легкой форме отравления (начальная стадия) утраты сознания нет. Наблюдается мышечная слабость, тяжесть и давление в голове, пульсация в висках, шум в ушах, головокружение, тошнота и рвота, сонливость (или, наоборот, эйфория), тахикардия, одышка. При отравлениях средней тяжести (угнетения ЦНС) — стойкая утрата сознания, нарушение координации движений, тетанические судороги, опистотонус, расширение зрачков с вялой реакцией на свет, одышка, тахикардия, малиновый цвет кожи и слизистых, иногда развивается коматозное состояние. При тяжелых отрав-

лениях (коматозная стадия) наблюдается длительная утрата сознания, галлюцинации, судороги, парезы и параличи, непроизвольные мочеиспускание и дефекация, нарушение частоты и ритма дыхания, тахиаритмия, коллаптоидное состояние, кома, алый цвет кожных покровов и слизистых. Смерть наступает от паралича дыхательного центра и выраженных нарушений гемодинамики. Состояние больных отягощают часто наступающие осложнения: аспирационная пневмония, трофические расстройства, очаговые поражения миокарда, энцефалопатия.

Неотложная помощь. 1. Немедленно удалить пострадавшего из отравленной атмосферы, освободить от стесняющей дыхание одежды, согреть. 2. Обеспечить раннюю, длительную и непрерывную ингаляцию кислорода. При тяжелых отравлениях немедленно доставить пострадавшего в центр (отделение) гипербарической оксигенации. 3. При необходимости интубировать трахею и обеспечить ИВЛ. 4. При резком цианозе ввести 20—30 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты с 20—40 мл 40% глюкозы в/в. 5. Глюкозо-новокаиновая смесь (500 мл 5% глюкозы+50 мл 2% новокаина). 6. Эуфиллин 10 мл 2,4% раствора в/в. 7. Бикарбонат натрия 200—250 мл 4% р-ра в/в капельно. 8. При возбуждении и явлениях отека мозга — оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра в/в медленно или седуксен (реланиум) 10—20 мг в/в. 9. Дегидратация (гипертонический раствор глюкозы, маннитол, лазикс). 10. В качестве антидотов можно применить препараты восстановленного железа или ферковен (смесь сахарата железа и глюконата кобальта в растворе глюкозы).

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

УКСУСНАЯ ЭССЕНЦИЯ (см. «Кислоты»).

УКУСЫ ЗМЕЙ (гадюки обыкновенной, степной, рогатой, гюрзы, кобры и т. д.).

В состав змеиного яда входят гемолизины, цитолизины и другие вещества. Вызывает увеличение проницаемости капилляров, гемолиз, гипокоагуляцию крови, нарушение функции ЦНС, почечную и печеночную недостаточность и др.

Симптомы. Зависят от вида змеи, количества яда, места укуса, возраста больного, быстроты оказания первой помощи. В месте укуса появляются сильные и продолжительные боли, интенсивный отек, нарушение чувствительности. Далее появляются признаки резорбтив-

ного действия яда: головная боль, тошнота, рвота, мышечная слабость, жажда, иногда затемнение сознания, коллапс, тахикардия, судороги. При укусах гадюк вскоре развивается гемолиз, сопровождающийся гематурией, гиперкалиемией, олигоанурией, подкожными кровоизлияниями. Смерть наступает при нарастающих расстройствах гемодинамики и паралича дыхания в сроки от 20—30 минут до 1 и более суток.

Неотложная помощь. 1. Иммобилизовать конечность, промыть ранку 1% р-ром перманганата калия, обколоть место укуса 0,5—1% р-ром новокаина (5—10 мл) с 0,3—0,5 мл 0,1% р-ра адреналина. 2. Как можно раньше ввести одномоментно специфическую противозмеиную сыворотку — при отравлениях легкой и средней степени от 500 до 1500 АЕ, в тяжелых случаях до 2500 АЕ п/к в межлопаточную область. В особо тяжелых случаях сыворотку ввести в/в. 3. Хлористый кальций 10 мл 10% р-ра, пипольфен 2 мл 2,5% р-ра, преднизолон 30 мг в/в для профилактики аллергической реакции. 4. При резком нарастании отека — глубокие продольные разрезы. 5. Можно произвести через место укуса крестообразный надрез с последующим отсасыванием яда (вакуум-приборами, ртом). Перед этой манипуляцией, в случае отсутствия сыворотки, наложить жгут на конечность выше места укуса. 6. Форсированный диурез, ощелачивание плазмы и мочи, иногда гемодиализ.

Госпитализация обязательна.

ФЕНИЛГИДРАЗИН (см. «Анилин»).

ФЕНОБАРБИТАЛ (см. «Барбитураты»).

ФЕНОЛ (карболовая кислота, крезол, лизол, резорцин).

Кровяной яд, вызывающий гемолиз и метгемоглобинобразование, поражает нервную систему, оказывает раздражающее и некротизирующее ткани действие. Смертельная доза 10 г.

Симптомы. Характерный запах фиалок изо рта, раздражение и ожог слизистых, боли по ходу пищеварительного тракта, рвота бурыми массами, головокружение, бледность, обморочные состояния, кома, судороги, бурого цвета моча. При отравлении лизолом выраженный гемолиз, гемоглобинурийный нефроз, острая почечная недостаточность.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, слабительное (вазелиновое масло 200 г). 2. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи. 3. По показаниям интубация трахеи,

ИВЛ. 4. Лечение ожогового и токсического шока. 5. Тиосульфат натрия 100 мл 30% р-ра с 500 мл 5% р-ра глюкозы в/в капельно.

Госпитализация при средней и тяжелой степени отравления обязательна.

ФОРМАЛИН. Токсическое действие обусловлено поражением ЦНС и паренхиматозных органов.

Симптомы. При отравлениях парами — слезотечение, конъюнктивит, насморк, кашель, обильная саливация, возбуждение, одышка.

При поступлении яда внутрь — ожог пищеварительного тракта, болевой синдром, рвота с примесью крови; жажда, слезотечение, кашель, одышка, судороги, желтушность кожных покровов, олигурия.

Неотложная помощь. При ингаляционном отравлении — вывести из отравленной атмосферы, ингаляция водяных паров с добавлением нескольких капель нашатырного спирта, содовые ингаляции, кислород, бронхорасширяющие средства.

При приеме внутрь: 1. Промывание желудка 4% р-ром бикарбоната натрия, 3% р-ром хлористого аммония или карбоната аммония, активированный уголь. 2. Форсированный диурез. 3. Лечение ожогового шока. 4. Профилактика острой недостаточности печени и почек. 5. В тяжелых случаях гемодиализ.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА (хлорофос, тиофос, карбофос, фосфамид и др.) Пути поступления: ингаляционный, через неповрежденную кожу и пищеварительный тракт. Блокируют холинэстеразу, в силу чего основная клиническая картина связана с накоплением ацетилхолина и перевозбуждением холинореактивных систем. При пероральных отравлениях смертельная доза тиофоса составляет 0,25—2 г.

Симптомы. Тяжесть клинической картины зависит прежде всего от дозы яда. Легкая степень отравления выявляется через 20—60 минут, характеризуется миозом, слабостью, головокружением, головными болями, некоторой брадикардией, гипотензией, лейкоцитозом, усилением перистальтики кишечника. Клиническая оценка стадии болезни должна быть предельно осторожна, т. к. возможен переход в более тяжелое течение (продолжающееся всасывание яда, образование продуктов биотрансформации яда.)

Для отравления средней тяжести присуще более ран-

нее развитие клинической картины, в которой главенствуют бронхоспастические изменения. Наблюдается выраженная одышка, приступы удушья, обильная саливация и бронхорея, фибриллярные подергивания отдельных мышечных групп, гиперкинезы, тенезмы и жидкий стул, увеличение печени, подъем АД. По мере нарастания тяжести отравления проявляются симптомы со стороны ЦНС: беспокойство, бессоница, упорные головные боли, снижение мышечного тонуса.

Тяжелая степень отравления дает весьма богатую клиническую симптоматику: неврологическую (резкий миоз, моторное возбуждение, дезориентация, кома, которая обычно не бывает глубокой, миофибрилляции, общие клонико-тонические судороги), со стороны органов дыхания (одышка, большое количество пенистой кровянистой жидкости в трахеобронхиальном дереве, гипертонус мышц грудной клетки, при наступлении комы — паралич фарингеальных мышц, рефлекторная остановка дыхания), гемодинамики (повышение АД иногда до очень высоких цифр, тахикардия, затем коллапс и отек легких), пищеварительного тракта (интенсивная саливация, повторная рвота, усиленная перистальтика, тенезмы, жидкий стул).

Клинику тяжелой степени отравления принято подразделять на 3 стадии: возбуждения, гиперкинезов, судорог и параличей.

Неотложная помощь. 1. При приеме внутрь — повторные промывания желудка, независимо от времени принятия яда, введение солевого слабительного. 2. Атропин до купирования саливации и бронхореи и сухости в полости рта (I стадия 2—3 мл 0,1% р-ра п/к, II стадия по 3 мл в/в повторно, III стадия 20—50 мл и более в/в капельно). 3. Дипироксим (реактиватор холинэстеразы) 1 мл 15% р-ра в/м или в/в. 4. Операция гемосорбции. 5. Аминазин 1 мл 2,5% р-ра в/м. 6. Ганглиоблокирующие препараты при значительной гипертензии. 7. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи. 8. Восстановление проходимости дыхательных путей (наряду с введением атропина постоянная аспирация из полости рта и трахеи, при необходимости интубация трахеи, ИВЛ). 9. При судорогах 10—20 мл 20% оксибутирата натрия. Госпитализация обязательна.

ХИНИН (акрихин). Протоплазматический яд. Угнетает ЦНС, снижает проводимость и возбудимость миокарда, раздражает ткани и слизистые, возбуждает мускулатуру матки. Кумулируется в организме.

Симптомы. При отравлении легкой степени головная боль, головокружение, шум в ушах, расширение зрачков, нарушение зрения, боли в животе, рвота, жидкий стул. При более тяжелых отравлениях преобладает сердечно-сосудистая недостаточность, тахикардия, гипотензия, нарушение проводимости миокарда, возможно развитие комы с расстройством дыхания, токсического поражения печени, атрофии зрительного нерва.

Неотложная помощь. 1. Активированный уголь (2 столовые ложки) внутрь, затем промывание желудка, лучше раствором перманганата калия (1:1000), солевое слабительное. 2. Форсированный диурез с ощелачиванием плазмы и мочи. 3. Уротропин 5 мл 40% р-ра в/в. 4. Профилактика печеночной и почечной недостаточности 5. Коррекция гемодинамики. 6. При тяжелых отравлениях ранний гемодиализ или обменное переливание крови.

Госпитализация при отравлениях средней и тяжелой степени обязательна.

ХЛОР (см. «Газы и пары раздражающие»).

ХЛОРИРОВАННЫЕ УГЛЕВОДОРОДЫ (дихлорэтан, четыреххлористый углерод, трихлорэтилен, хлороформ). Применяются в быту и промышленности в качестве растворителей. Пути поступления: чаще пищеварительный тракт, реже ингаляционный и через кожные покровы. Высокотоксичны. Повреждают клетки и субклеточные структуры тканей и органов, нарушают биохимические процессы в клетках, поражают печень и почки, ЦНС. Для экзотоксического шока в данном случае характерна абсолютная гиповолемия. Смертельная доза дихлорэтана 20 мл, четыреххлористого углерода 20—40 мл, трихлорэтилена 100—150 мл.

Симптомы. Клиническая картина зависит от вида яда, дозы, путей поступления, наличия алкогольного опьянения и т. д. Наиболее характерна клиника отравления дихлорэтаном (это отравление и чаще встречается), в которой различают три степени. Легкая степень проявляется слабостью, головокружением, головной болью, тошнотой и рвотой, раздражением слизистых, болями в животе, сонливостью.

Средняя степень протекает при выраженных явлениях острого токсического гепатита, острого гастрита, угнетения ЦНС, непостоянного поражения почек. При отравлениях тяжелой степени остро развиваются резкие боли в животе, частая рвота, частый стул, понижение остроты зрения, психическое возбуждение. Далее появляются признаки поражения ЦНС — кома, клонико-то-

нические судороги, нарушения микроциркуляции, дыхания, токсический гепатит, токсическая нефропатия, коагулопатия (кровотечения). Смерть наступает при острой сердечно-сосудистой недостаточности, экзотоксическом шоке, печеночно-почечной недостаточности.

При ингаляционных отравлениях наблюдаются головная боль, диспептические явления, сонливость, развитие печеночной и почечной недостаточности.

Неотложная помощь. 1. Раннее и обильное промывание желудка с последующим введением в него 100—200 мл вазелинового масла, сифонная клизма. 2. Максимально ранний гемодиализ в сочетании с перитонеальным, обменное переливание крови, гемосорбция. 3. Форсированный диурез. 4. При глубокой коме интубация трахеи, ИВЛ. 5. Лечение экзотоксического шока. 6. Липотропные средства (липокаин до 5 г внутрь, унитиол 5—10 мл 5% р-ра в/в, преднизолон до 120 мг в/в или в/м). 7. Витамины: B_{12} до 1500 мкг, B_1 — 4 мл 5% р-ра, B_6 — 4 мл 5% р-ра в/м, B_{15} до 5 г внутрь, аскорбиновая кислота 10 мл 5% р-ра в/в. 8. Глютаминовая кислота 200—400 мл 1% р-ра в/в. 9. При возбуждении оксибутират натрия 10—20 мл 20% р-ра, седуксен (реланиум) 10—20 мг в/в. Госпитализация обязательна.

ХЛОРНАЯ ИЗВЕСТЬ (см. «Щелочи едкие»).

ХЛОРОРГАНИЧЕСКИЕ ЯДОХИМИКАТЫ (гексахлоран, хлорфен, хлортен, гептахлор, ДДТ и др.) Вызывают тяжелое поражение центральной и периферической нервной систем, паренхиматозных органов, обменных процессов, раздражают слизистые дыхательных и пищеварительных путей. Кумулируются в организме. Пути поступления: пищеварительный тракт, ингаляционный, через кожу. Смертельная доза 70—80 мг/кг веса тела.

Симптомы. При поступлении яда внутрь развивается острый гастроэнтерит (боли в животе, рвота, понос), появляются возбуждение, судороги, одышка, цианоз, коллапс, кома, желтушность кожных покровов, увеличение и болезненность печени, анурия, выраженный ацидоз. Смерть наступает при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Для ингаляционных отравлений характерны появляющиеся спустя 4—5 часов конъюнктивит, ринит, трахеит, носовое кровотечение, рвота, гиперсаливация, судороги. При проникновении яда через кожу развивается мышечная слабость, парестезии, аллергические реакции.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, солевое слабительное. 2. Форсированный диурез с още-

лачиванием плазмы и мочи. 3. Хлорид или глюконат кальция 10 мл 10% р-ра в/в. 4. Никотиновая кислота 3 мл 1% р-ра п/к повторно. 5. Витамины B_1 2 мл 5% р-ра, B_{12} до 600 мкг в/м. 6. При судорогах барбамил 5 мл 5% р-ра в/м (антагонист гексахлорана). 7. Лечение экзотоксического шока. 8. Профилактика острой недостаточности печени и почек. Госпитализация при средней и тяжелой степени отравления обязательна.

ХЛОРОФОС (см. «Фосфорорганические вещества»).

ЧЕМЕРИЦА. Многолетнее травянистое растение, содержащее алкалоид вератрин. Используется для самолечения. Смертельная доза вератрина 0,02 г.

Симптомы. Жжение во рту, диспептические расстройства, слабость, головокружение, расстройства дыхания и кровообращения (экзотоксический шок). Характерен выраженный кардиотоксический эффект: вначале брадикардия, единичные экстрасистолы, нарушение внутрижелудочковой проводимости, далее экстрасистолия по типу бигеминии, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков. Смерть при тяжелых нарушениях ритма, аритмическом коллапсе, гиперкалиемии.

Неотложная помощь. 1. Промывание желудка, активированный уголь, слабительное. 2. Коррекция дыхания. 3. Лечение нарушений ритма. При выраженной брадикардии атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к повторно, изадрин 0,5 табл. под язык, новодрин (ингаляции), глюкокортикоиды. Введение хлористого калия противопоказано! 4. Лечение экзотоксического шока. 5. Бикарбонат натрия 200 мл 4% р-ра. 6. Кокарбоксилаза 50—100 мг и АТФ 1 мл в/в капельно на 5% р-ре глюкозы.

Госпитализация во всех случаях обязательна.

ЩЕЛОЧИ ЕДКИЕ (едкий натрий, едкое кали, каустическая сода, негашеная известь, нашатырный спирт). Вызывают значительный ожог и некроз кожи и слизистых оболочек, развитие ожогового шока. В отдаленном периоде — сужение пищевода и привратника. Выводятся через кишечник и почки, повреждая эти органы. Смертельная доза 30—50 мл концентрированного раствора.

Симптомы. Жажда, гиперкалиемия, рвота с кровью, резкие боли во рту и по ходу пищеварительного тракта, кровавый понос, нарушения гемодинамики вплоть до коллапса, отек гортани с дыхательной недостаточностью, токсическое поражение печени, почек.

Неотложная помощь и показания к госпитализации (см. «Кислоты»).

ЭТАМИНАЛ-НАТРИЙ (см. «Барбитураты»).

ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ (см. «Антифриз»).

IV. ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ. Могут возникнуть при введении лекарственных препаратов, укусе насекомых, приеме пищевых аллергенов и т. д. Возникают они преимущественно у детей с экссудативным диатезом, экземой, астматическим бронхитом, пищевой непереносимостью к каким-либо продуктам и т. д.

Симптомы. Чаще реакция немедленного типа: крапивница, кореподобная и скарлатиноподобная сыпь. Возможно появление кожной сыпи в виде гиперемии и папул со слегка возвышающимися ярко-красными ободками (многоформная экссудативная эритема), локализующихся на тыльной поверхности кистей, голенях, шее, лице. Нередко сыпь поражает слизистые оболочки; в тяжелых случаях она бывает геморрагической, сопровождается повышением температуры, сильными суставными болями, поносом, рвотой, головокружением, головными болями. Возможен летальный исход.

Иногда аллергическая реакция на медикаменты протекает в форме синдрома Лайелла («токсический некроз кожи»), который начинается в виде эритемы или кореподобной сыпи. В дальнейшем появляются массивные пузыри, располагающиеся не только на коже, но и на слизистой глаз, пищеварительного тракта и половых органов.

Аллергические реакции нередко возникают на месте укуса насекомых (пчелы, комары, т. д.): краснота, отек, сильный зуд. В некоторых случаях аллергическая реакция протекает в форме отека Квинке. У детей в этих случаях появляется ограниченная опухоль на лице (веки, губы, щеки), языке, в гортани и глотке. Отек глотки и гортани может вызвать нарушение глотания и удушье.

Гематологические аллергические реакции возникают на лекарства, химические вещества, холод, жару, бактерии, пищу и т. д. Начало их, как правило, внезапное: высокая лихорадка, головная боль, боль в пояснице, анемия, желтушность, кожи, точечные кровоизлияния в

сетчатку глаза, гематурия, нефропатия вплоть до развития почечной недостаточности. Возможен смертельный исход.

Неотложная помощь. 1. Прекратить контакт с аллергеном. 2. При укусах или введении аллергена в конечность накладывается жгут выше места укуса или укола, проводится местное охлаждение (лед, холодный компресс); в место инъекции аллергена ввести 0,1% р-р адреналина — 0,1—0,5 мл. 3. Тепло (теплые одеяла, грелки), доступ свежего воздуха и увлажненного кислорода. 4. В легких случаях назначение внутрь димедрола: разовая доза до года 0,002—0,005; 2—6 лет 0,01—0,02; 7—14 лет 0,02—0,04, или пипольфена: до года 0,003—0,005; 2—6 лет 0,005—0,008; 7—14 лет 0,01—0,015; тавегила, фенкорала: до 6 лет $^1/_3$—$^1/_2$ табл.; 7—14 лет—1 табл. 2—3 раза в день. 5. При тяжелых аллергических реакциях антигистаминные средства в/м или в/в: 2% р-р димедрола, 2,5% р-р пипольфена, 2% р-р супрастина — до года 0,15—0,25; 1—6 лет 0,3—0,4; 7—14 лет 0,5—0,75—1 мл. 6. При отсутствии эффекта от проводимой терапии преднизолон 2—5 мг/кг, иногда 5—10 мг/кг в/в. 7. Хлорид кальция 10% р-р: до года 1—1,5; 2—7 лет 1,5—3; 10—14 лет 3—5 мл, или глюконат кальция: до года 2; 2—7 лет 3—6; 8—14 лет 8—10 мл в/в. 8. При остром отеке гортани ингаляции с гидрокортизоном, эфедрином, эуфиллином, изадрином, эуспираном; адреналин 0,1% р-р: до года 0,15—0,25; 1—2 года 0,25—0,3; 3—4 года 0,3; 5—9 лет 0,5; 10—14 лет 0,75 мл п/к. Смесь следующего состава: антигистаминное средство + хлорид кальция + преднизолон + витамин С (3—5 мл) + кокарбоксилаза (50—100 мг) в/в. При отсутствии эффекта и развитии асфиксии — конико- или трахеотомия. 9. Если аллергическая реакция протекает с явлениями тяжелого токсикоза, необходима дезинтоксикационная терапия: капельное введение 10% р-ра глюкозы, р-ра Рингера, плазмы крови и плазмозаменителей (гемодез, реополиглюкин, альбумин, полиглюкин: 10—20 мл/кг массы тела) в/в; лазикс 1—3 мг/кг или маннитол 1—1,5 г/кг в/в капельно в виде 10—20% р-ра. При развитии сердечно-сосудистой недостаточности 0,05% р-р строфантина или 0,06% р-р коргликона (см. бронхиальная астма, лечение).

Госпитализация при аллергических реакциях средней тяжести в детское соматическое отделение, в тяжелых случаях — в реанимационное отделение.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ. Среди аллергических за-

болеваний у детей бронхиальная астма занимает ведущее место. Этиология: у детей 1-го года жизни ведущую роль играет пищевая и вакцинальная аллергия; на 2—3-м году — инфекционная (повторные ОРВИ, бронхиты, пневмонии, хронические очаги инфекции в носоглотке) и лекарственная аллергия; у детей 4—5 лет и старше — пыльцевая и бытовая сенсибилизация. Определенное значение имеют наследственная предрасположенность. Нередко приступы провоцируются психическими факторами (испуг, обида и т. д.). Бронхиальная астма характеризуется спазмом бронхиол, отеком слизистой бронхов с обильным выделением жидкого секрета в просвет бронхов, особенно у детей раннего возраста.

Симптомы. Соответствуют таковым у взрослых (см. раздел «Внутренние болезни»).

Неотложная помощь. 1. При легком приступе ингаляции 1% р-ра изадрина, 1% р-ра новодрина или эуспирана (0,5—1 мл на одну ингаляцию), 2% р-ра алупента (5—10 вдыханий). Для детей в возрасте до 1 года 2—5 капель указанных растворов на 5 мл изотонического р-ра хлорида натрия (на одну ингаляцию). 2. При беспокойстве настойка (на один прием столько капель, сколько лет ребенку) или драже (1/2—1 шт.) валерианы, триоксазин, тазепам или элениум (1/2—1 табл.). 3. Антигистаминные препараты: 1% р-р димедрола, 2,5% р-р пипольфена или 2% р-р супрастина —2 мг/кг в/в. 4. 10% р-р глюконата кальция в/м или в/в: до года 2; 2—7 лет 4—6; 8—14 лет 8—10 мл. 5. Но-шпа: 1—2 года 0,25—0,5; 3—7 лет 0,5—1; 8—14 лет 1—1,5 мл в/в. 6. При нарастании признаков удушья эуфиллин 2,4% р-р: 1 мл на год жизни, но не более 10 мл в/в в 10—20 мл 10% р-ра глюкозы. 7. При тяжелой дыхательной недостаточности и неэффективности всех предыдущих мероприятий преднизолон 1 мг/кг или гидрокортизон 5 мг/кг в/в струйно или капельно. При состоянии, угрожающем жизни (острая надпочечная недостаточность, коллапс, асфиксия), доза преднизолона увеличивается до 5—10—15 мг/кг. 8. Если ребенок очень возбужден, беспокоен — ГОМК 100—150 мг/кг или дроперидол 0,2 мл/кг в/м или в/в. 9. Строфантин 0,05% р-р: до года 0,1; 2—7 лет 0,15—0,2; 8—14 лет 0,2—0,3 мл или коргликон 0,06% р-р: до 1 года 0,1; 2—4 года 0,2—0,3; 5—8 лет 0,3—0,5; 9—14 лет 0,5—0,75 мл в/в на глюкозе.

Госпитализация при среднетяжелых и тяжелых приступах обязательна в соматическое или инфекционное

отделение, а при очень тяжелом состоянии — в реанимационное.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО. Патологическое состояние, возникающее при недостатке кислорода (гипоксия) и накоплении в организме углекислоты (гиперкапния) и недоокисленных продуктов клеточного обмена (ацидоз). Причины асфиксии: 1. Внутриутробное повреждение ЦНС. 2. Заглатывание околоплодных вод, мекония, сгустков крови. 3. Незрелость легких и ЦНС. 4. Родовая травма и др.

Симптомы. Оценка состояния новорожденного в первые 60 сек после рождения проводится по шкале Апгар (см. таблицу). Каждый признак оценивается по трехбалльной системе: 0, 1, 2, а затем учитывается сумма баллов. У здорового доношенного ребенка сумма баллов равна 10—8; легкая асфиксия — 7 баллов; среднетяжелая — 6—5 баллов; тяжелая — 4—1 балл. Через 10 мин сумма баллов определяется повторно, и если она ниже первой, то прогноз неблагоприятный.

Неотложная помощь. 1. Туалет дыхательных путей, освобождение полости рта, носа, глотки, трахеи от слизи, околоплодных вод, мекония. Отсасывание со-

Шкала Апгар

Признак	Оценка		
	0 баллов	1 балл	2 балла
Сердцебиение	Отсутствует	Менее 100 в 1 мин	Более 100 в 1 мин
Дыхание	Отсутствует	Редкие вдохи, слабый крик, дыхание аритмичное, парадоксальное	Сильный крик
Мышечный тонус	Конечности свисают	Конечности согнуты	Активные движения конечностей
Рефлексы — реакция на раздражение слизистых оболочек рта и глотки катетером	Отсутствует	Гримаса	Крик, выплевывание катетера, сосательные движения
Цвет кожи	Бледный, резкий общий цианоз	Цианоз конечностей	Розовый

держимого производится электроотсосом или ртом через резиновый катетер. Отсасывание следует начинать с момента рождения головки, не дожидаясь рождения плечиков. После рождения ребенку придают дренажное положение (вниз головой под углом 15°) и продолжают отсасывание. 2. При легкой асфиксии для рефлекторного воздействия на дыхательный центр — обрызгивание холодной водой, похлопывание по ягодицам, раздражение кожи пяток и др. 3. Если через 2 мин дыхание не появляется — ИВЛ с помощью аппаратов «Вита-1», «Лада», РД-1, РПА-2, ДП-5 и др. При отсутствии аппаратов пользуются методом «рот ко рту» или «рот к носу» через несколько слоев марли (30—40 вдуваний в мин); голову лежащего на спине ребенка запрокидывают назад (под лопатки подкладывается мягкий валик) для профилактики западения языка и нижней челюсти. 4. Для стимуляции дыхательного центра в пуповинную вену вводят 0,3% р-р этимизола: при легкой — 0,5, при среднетяжелой форме — 1 мл. 5. Глюкоза 5—7 мл 20—40% р-ра в/в. 6. Кальций хлорид 3 мл 10% р-ра в/в. 7. Бикарбонат натрия 4% р-р: при легкой степени 10—20 мл, при тяжелой — 15—20 мл в/в. 8. Аскорбиновая кислота 15—40 мг/кг, кокарбоксилаза 8—15 мг/кг, АТФ 0,2—0,3 мл в/в. 9. При прекращении сердцебиения — реанимационные мероприятия (см. соответствующий раздел). Если деятельность сердца в течение 10 мин не восстанавливается, реанимацию прекращают. Если дыхание и сердечная деятельность возобновились в/пуповинно вводят альбумин, реополиглюкин 10—15 мл/кг, повторно глюконат кальция и 4% р-р бикарбоната натрия. Госпитализация обязательна.

КОМА ДИАБЕТИЧЕСКАЯ. Симптомы. Развивается постепенно. Состояние ребенка ухудшается, усиливается жажда, полиурия, нарастают симптомы обезвоживания (сухость кожи и слизистых, заострившиеся черты лица), резко снижается аппетит, беспокоит головная боль, головокружение, слабость, появляются тошнота, частая рвота, боли в животе. Ощущается запах ацетона изо рта. На лице яркий румянец (красные пятна из-за поражения сосудов кожи). В тяжелых случаях сознание заторможено или отсутствует, дыхание глубокое, шумное, ацидотическое (типа Куссмауля), кожа и слизистые сухие, шелушатся; определяется мышечная гипотония, снижение тонуса глазных яблок; пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление низкое. Кожа кистей и стоп холодная, сухожильные рефлексы

снижены или отсутствуют. Диурез уменьшен (олигурия или даже анурия). Возможны клонические и клонико-тонические судороги.

Неотложная помощь. 1. Инсулин 0,5—1 ед/кг. Если ребенок находится в коматозном состоянии длительное время, 1/2—1/3 первоначальной дозы ввести в/в, а остальное — п/к. Ориентировочная доза инсулина для детей дошкольного возраста составляет 15—20 ед., для школьников —20—30 ед. Если кома развилась у ребенка давно болеющего и получающего инсулин, доза инсулина в 2—3 раза больше той, которую больной получал до комы. 2. Изотонический р-р хлорида натрия или р-р Рингера 200—300 мл в/в. При глубоком коматозном состоянии (когда доза инсулина велика) инфузионная среда должна состоять на 1/3 из р-ра Рингера и на 2/3 из 5% р-ра глюкозы. 3. Кокарбоксилаза 50—100 мг, 5% р-р витамина С 2—4 мл в/в. 4. Строфантин 0,1—0,3 мл 0,05% р-ра в/в. 5. Кордиамин 0,5—1,5 мл п/к. 6. Гемодез, полиглюкин, реополиглюкин 100—200 мл в/в. 7. Бикарбонат натрия 4% р-р 4—5 мл/кг в/в капельно.

Госпитализация в соматическое или реанимационное (при глубокой коме) отделение.

КОМА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ. Наступает неожиданно, после передозировки инсулина или недостаточного количества пищи, принятой после инъекции инсулина (уровень сахара в крови резко падает).

Симптомы. Слабость, дрожание, потливость, головокружение, беспокойство, потеря сознания и судороги.

Неотложная помощь. 1. При легкой гипогликемии 2 кусочка сахара, сладкий чай, кусок белого хлеба. 2. При тяжелой гипогликемии 20—30 мл 40% р-ра глюкозы в/в. 3. Адреналин до 0,5—1 мл 0,1% р-ра п/к или норадреналин 0,2—0,5 мл в/в. 4. Преднизолон 15—30 мг в/в. 5. При судорогах сернокислая магнезия, ГОМК, седуксен, дроперидол (см. лечение судорожного синдрома при нейротоксикозе).

Госпитализация показана при тяжелой форме гипогликемии (потеря сознания, судороги).

ЛАРИНГОТРАХЕИТ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ (круп). Наблюдается в основном у детей младшего возраста (1—3-х лет), страдающих аллергическими реакциями, экссудативным и другими диатезами, травмированных в родах, с гипоксической энцефалопатией, часто боле-

ющих респираторными вирусными заболеваниями. В результате токсического воздействия вирусов развивается отек слизистой оболочки дыхательных путей и голосовых связок, спазм мышц гортани, скопление густой, липкой слизи или фибринозных наслоений, которые вызывают стеноз гортани.

Симптомы. Синдром крупа развивается обычно у детей на фоне острого респираторного заболевания, чаще на 2—4-й день болезни или позднее, нередко ночью. Особенно тяжело протекает круп при гриппе. В этих случаях явления стеноза могут возникнуть уже в 1-й день болезни и нарастают очень бурно. Обычно определяется яркая гиперемия зева, осиплость голоса, грубый лающий кашель, высокая температура, головная боль, рвота и другие признаки нейротоксикоза (вплоть до судорог). При парагриппозной инфекции течение крупа более легкое, характерен упорный лающий кашель, иногда кратковременные приступы затрудненного дыхания, чаще во время сна, голос изменяется мало.

Круп при кори может развиваться на фоне высыпаний на коже и слизистых уже в первые дни болезни, но наиболее опасен поздний коревой круп (на 4—5-й день), когда грубый лающий кашель переходит в беззвучный, голос становится афоничным, нарастают симптомы удушья.

Различают 4 степени стеноза. I степень (компенсированная) — голос осипший или охрипший, периодически появляется лающий кашель и затрудненное дыхание. Приступы редкие, в покое признаков дыхательной недостаточности нет. II степень — тяжелое общее состояние, дети возбуждены, беспокойны, сон нарушен, дыхание шумное, учащенное, глубокое, одышка инспираторная (затруднен вдох), с втяжением уступчивых мест грудной клетки, яремной ямки, раздуванием крыльев носа. Грубый лающий кашель. Голос хриплый или осипший. Приступы затрудненного дыхания возникают часто, отмечаются учащенные сердцебиения, непостоянный цианоз губ и акроцианоз. III степень — состояние очень тяжелое: ребенок возбужден, а при ухудшении состояния — заторможен, сонлив. Дыхание шумное, слышно на расстоянии, резко выражена инспираторная одышка с участием всей вспомогательной мускулатуры, с резчайшим втяжением в эпигастральной области и в яремной ямке. Кожные покровы бледные, иногда землистого цвета, холодный пот на коже. Пульс частый, слабого наполнения. Сердечные тоны глухие. Дыхание в

легких ослабленное. IV степень — асфиксия: ребенок в крайне тяжелом состоянии, безучастен, цианотичен. Дыхание поверхностное, бесшумное (мнимое благополучие). Тоны сердца глухие, брадикардия, пульс едва ощутим, дыхание в легких едва прослушивается, потеря сознания, судороги, остановка сердца.

Неотложная терапия. Стеноз I степени. 1. Горчичники на грудную клетку и грудину, горячие ножные ванны, общие горячие ванны (температура от 37,5° до 39°) на 5—7 мин. 2. При высокой температуре 50% р-р анальгина —0,1 мл на год жизни в/м, аспирин внутрь: до года 0,03—0,05; от 1 до 7 лет 0,1—0,3; от 8 до 14 лет 0,4—0,5 г. 3. Обильное теплое щелочное питье («Боржоми» пополам с молоком, молоко с содой). Поить настойчиво, преодолевая сопротивление, понемногу, пока не появится влажный кашель. 4. Полуспиртовой (водочный) компресс на область грудной клетки. 5. Димедрол, супрастин или пипольфен внутрь: до года 0,005; от 1 до 3-х лет 0,008—0,015.

Стеноз II степени. 1. Горчичники, горячие ножные ванны, грелки к ногам, полуспиртовые компрессы на грудину, горчичные укутывания, теплое щелочное питье, паровые и содовые ингаляции. 2. При беспокойстве и возбуждении ребенка — валериана, седуксен внутрь 1/3—1/2 табл. и в/м 0,3—0,8 мл или оксибутират натрия 20% р-р 50—100 мг/кг в/м или в/в. 3. Но-шпа 0,3—1,5 мл в/м. 4. Эуфиллин 2,4% р-р 1 мл на год жизни (до года — 01 мл/кг) в/в медленно в 10—20 мл р-ра глюкозы. 5. Эфедрин 5% р-р в/м или в/в: до года 0,1; 2—4 года 0,15; 5—10 лет 0,2—0,4; 10—14 лет 0,4—0,5 мл. 6. Глюконат кальция 10% р-ра: до года 3; от 2—4 лет — 4 мл в/в или в/м. 7. Преднизолон 1—2 мг/кг в/м или в/в.

Стеноз III—IV степени. 1. Горчичные обертывания, тепловые компрессы, горячие ванны противопоказаны. 2. Ингаляционная терапия прежняя (аэрозоли противоотечных растворов). 3. Все лекарственные препараты вводятся только в/в. 4. Преднизолон до 3—4 мг/кг, гидрокортизон до 10—15 мг/кг, иногда больше. 5. Борьба с гипертермией (амидопирин, анальгин, аспирин, холод на голову и на области крупных сосудов — шея, паховые и подмышечные области). 6. Когда лечение неэффективно, явления стеноза нарастают и появляется угроза асфиксии, производится интубация трахеи, конико- или трахеостомия.

Госпитализация детей с ларинготрахеитом и явлени-

ями стеноза I—II степени обязательна (в лор-отделение), со стенозом III—IV степени — в реанимационное отделение.

СУДОРОГИ ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ (см. «Нейротоксикоз»).

СУДОРОГИ ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ. Гипопаратиреоз может быть врожденным (очень редко). При этой форме судороги возникают на фоне нормального уровня кальция и фосфора и не всегда снимаются введением паратгормона. Гипопаратиреоз может быть приобретенным: после оперативного вмешательства на щитовидной железе, после инфекционных заболеваний (грипп, корь, малярия), кровоизлияний в паращитовидные железы, которые вызывают их атрофию и изменяют обмен кальция и фосфора.

Симптомы. Судороги приводят к появлению характерного статуса: руки прижаты к туловищу, полусогнуты в локтевых суставах, три пальца полусогнуты, ноги вытянуты, стопы ротированы внутрь в виде подошвенного сгибания; судорожные сокращения мышц живота, диафрагмы и мускулатуры лица; может возникнуть спазм гортани и развиться приступ удушья.

Неотложная помощь. 1. Обеспечить доступ свежего воздуха. 2. Сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг в/м; 3. Глюконат кальция 10% р-р (1 мл на год жизни, но не более 10 мл), или хлорид кальция 10% р-р: детям до 1 года 1; 2—6 лет 1—2; 7—14 лет 3—5 мл в/в. 4. Паратгормон 1—2 мл в сутки в/м.

Госпитализация обязательна в соматическое или, при затянувшихся судорогах, в реанимационное отделение.

СУДОРОГИ ПРИ МЕНИНГИТАХ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ. Развиваются в стадии выраженных клинических проявлений заболевания на фоне высокой температуры, головной боли, неоднократной рвоты, заторможенности или, наоборот, возбуждения.

Симптомы. Выбухание родничка, напряжение (ригидность) затылочных мышц, кожная гиперстезия (ребенок плачет, когда до него дотрагиваются, берут на руки), у детей старшего возраста — положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

Судороги при менингоэнцефалитах длительные, обычно повторяются, могут появиться признаки поражения черепно-мозговых нервов: косоглазие, птоз, парез лицевого нерва, нарушение глотания, гемипарезы, параличи, патологические рефлексы.

Неотложная помощь (см. «Судороги при нейротоксикозе»).

Госпитализация срочная в инфекционную детскую больницу.

СУДОРОГИ ПРИ НЕЙРОТОКСИКОЗЕ. Нейротоксикоз осложняет респираторно-вирусную инфекцию. Наиболее тяжелые формы встречаются при смешанных вирусно-бактериальных инфекциях. Страдают преимущественно первная и сердечно-сосудистая системы. Нейротоксикоз развивается чаще у детей, травмированных в родах, при наличии в родах акушерских пособий, асфиксии, нарушения мозгового кровообращения; на фоне гидроцефалии, тяжелого рахита, гипертензионного синдрома. К группе детей с повышенным риском по нейротоксикозу относятся также дети с аллергической настроенностью, часто болеющие кишечными заболеваниями и ОРВИ, уже перенесшие в прошлом нейротоксикоз и т. д.

Симптомы. Токсикоз развивается внезапно или на 2—3-й день от начала заболевания. Температура повышается до 38,5—40°, ребенок становится беспокойным, отмечается тремор подбородка, рук, выбухание и напряжение родничка, ригидность затылочных мышц, иногда рвота. Кожа лица в начале заболевания чаще гиперемирована. В тяжелых случаях появляется подергивание лицевой мускулатуры, клонические судороги, при прогрессировании процесса — клонико-тонические судороги, свидетельствующие о поражении глубоких отделов мозга. Сердечные тоны резко учащены, вначале громкие, отчетливые, АД повышено, пульс частый, напряженный. Одышка, частота дыхания 60 и более в мин, но дыхание ритмичное. Аускультативно: дыхание жесткое, единичные сухие хрипы, иногда небольшое количество влажных хрипов. Если состояние продолжает ухудшаться, то возбуждение сменяется угнетением. Ребенок бледнеет, кожные покровы имеют мраморный рисунок, с сероватым оттенком, губы цианотичны, акроцианоз; конечности холодные, АД падает. Ребенок становится вялым, адинамичным, сознание затемненное. Сердечные тоны глухие, в тяжелых случаях — брадикардия (прогностически неблагоприятно), пульс нитевидный. Дыхание поверхностное, аритмичное (периодические остановки), пена у рта, в легких — обилие влажных хрипов. Живот вздут (парез), часто бывает рвота кофейной гущей, жидкий стул, непереваренный, иногда с прожилками крови. Возможно развитие острой по-

чечной недостаточности, когда ребенок не мочится в течение суток и дольше. Крайне опасно развитие острой надпочечниковой недостаточности: на теле появляется геморрагическая сыпь (от мелкоточечной до крупнопятнистой), резко падает АД, прогрессирует угнетение сознания, вплоть до его полной потери; сердечные тоны глухие, брадикардия, аритмия, поверхностное неэффективное дыхание. Смертность при этом осложнении очень высока.

Неотложная помощь. 1. Борьба с гипертермией. Раскрыть ребенка, обернуть его в пеленки, смоченные водой комнатной температуры, приложить бутылочки с холодной водой к области крупных сосудов (шея, паховые области, подмышечные ямки), укрепить пузырь со льдом над головой, растереть тело спиртом, чередуя его с эфиром (до гиперемии кожи). 2. Если ребенок глотает — аспирин внутрь 0,01 на кг веса, анальгин 50% р-р 0,1 мл на год жизни в/м, амидопирин 4% р-р 0,1 мл/кг массы в/м. 3. При отсутствии эффекта через 30—40 мин ввести литическую смесь (аминазин 2,5%—1 мл, пипольфен 2,5% р-р—1 мл, промедол 1% р-р—0,2 мл, новокаин 0,5%—8 мл) из расчета 0,4—0,5 мл/кг. Литическую смесь нельзя вводить детям, находящимся в коллаптоидном состоянии (угнетение сознания, падение сердечной деятельности, падение АД, сосудистая недостаточность, поверхностное аритмическое дыхание). 4. Седуксен детям грудного возраста 0,2—0,5, в возрасте 1—3 лет 0,7—1 мл в/м или в/в. 5. ГОМК (оксибутират натрия) 50—150 мг/кг в 20 мл 20% р-ра глюкозы в/в струйно, медленно. 6. Если судороги продолжаются, через 30 мин — дроперидол 0,25% р-р 0,2 мл/кг в/м или в/в (лучше). 7. Глюконат кальция 10% р-р: детям до 1 года 1,0—1,5; 2—6 лет 2,5; 7—14 лет 3—5 мл или хлорид кальция 10% р-р: детям до 1 года 0,5—1; 2—6 лет 1—2; 7—14 лет 3—5 мл в/в. 8. Преднизолон 1—3 мг/кг или гидрокортизон 5—10 мг/кг в/в струйно с 10—20 мл 10—20% р-ра глюкозы. При очень тяжелом состоянии доза преднизолона повышается до 4—5 мг/кг, а в случае развития острой надпочечниковой недостаточности — до 10—15 мг/кг. 9. С целью дегидратации (опасен отек мозга, отек легких) лазикс 1—3 мг/кг детям до 6 лет, 20—40 мг детям 7—14 лет. 10. Эуфиллин 2,4% р-р 0,1 мл/кг до года и 1 мл на год жизни детей старше года, но не более 10 мл, струйно, медленно или капельно в 10—20 мл 10% р-ра глюкозы в течение 5—7 мин. Детям, находящимся в

коллаптоидном состоянии (падение АД, мышечь потония и т. д.), эуфиллин противопоказан. 11. Ь. ние противошоковых жидкостей: плазма крови, альмин, полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин (10—20 мл/кг в/в, струйно, медленно).

Госпитализация обязательна.

СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ. Связаны с повреждениями и пороками развития ЦНС (перинатальная гипоксия, родовая травма); гипокальцемией и гипогликемией, врожденно-наследственными заболеваниями (фенилкетонурия, галактоземия и т. д.); врожденным сифилисом, токсоплазмозом, цитомегалией, менингоэнцефалитом, столбняком, нейротоксикозом различного происхождения: гипербилирубинемией вследствие резус-или АВО-конфликта, ранним началом эпилепсии и другими заболеваниями.

Симптомы. Судороги появляются преимущественно в первые 24—48 часов постнатальной жизни, иногда позже (на 4—7-й день). При повреждении ЦНС судорожный синдром наблюдается с момента рождения или на 2—3-й день жизни. Начало внезапное с двигательного возбуждения, беспорядочных мышечных подергиваний, мелкого тремора, кратковременных задержек дыхания, закатывания глазных яблок, нистагма автоматических жевательных движений. В некоторых случаях возможны судороги в одной половине тела или общая ригидность всего тела, опистотонус или тонические судороги в одной руке или ноге, общие вздрагивания с напряжением туловища и сведением ручек кнутри. По характеру судорог установить их этиологию в первые дни жизни ребенка чрезвычайно трудно.

Неотложная помощь. 1. Фенобарбитал (люминал) 0,005—0,008 на кг массы. 2. Сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг. 3. При недостаточной эффективности указанных препаратов седуксен 0,1 мл в/в медленно, в 3—5 мл 10% р-ра глюкозы, или оксибутират натрия (ГОМК) 20—30 мг/кг в/в струйно, медленно, в 3—5 мл 10% р-ра глюкозы; дроперидол 0,2 мл/кг в/в или в/м. 4. При нарастающих симптомах отека мозга лазикс в/в или в/м 0,5—1 мг/кг, маннитол 1,0—1,5 на кг массы в виде 20% р-ра в/в капельно; эуфиллин 2,4% р-р 0,1—0,18 мл/кг в 10 мл 20% р-ра глюкозы в/в; глюконат кальция 10% р-р 1—2 мл в/в.

Госпитализация обязательна.

СУДОРОГИ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ. Связаны с нарушением кальциевого и фосфорного обмена, недоста-

точностью гормонов паращитовидных желез. Заболевание встречается обычно у детей с рахитом, в возрасте от 4 месяцев до 1 года, реже до 2 лет в зимне-весенний период.

Симптомы. 1. Ларингоспазм (судорога голосовой щели) — при плаче, испуге, возбуждении у детей вырывается стонущий громкий звук или появляется спастический кашель, затрудненное, с кряхтением дыхание; при попытке сделать глубокий вдох может наступить остановка дыхания. Дети резко бледнеют, губы и носогубный треугольник становятся цианотичными, мышцы всего тела напряжены, большой родничок выбухает, наблюдаются подергивания лицевой мускулатуры. Затем ребенок делает несколько поверхностных хрипящих вдохов, и дыхание восстанавливается. Приступы могут быть как единичными, так и повторяться много раз в сутки.

2. Карпопедальный спазм — сведение кистей в виде «руки акушера». Нередко карпопедальный спазм сочетается с ларингоспазмом.

3. Эклампсические судороги — приступ может начаться с ларингоспазма или карпопедального спазма, с подергивания отдельных мышц лица у угла рта и век. Затем развиваются клонико-тонические судороги, охватывающие все тело. Сознание отсутствует. Длительность приступа от нескольких сек до 20—30 мин. Приступ начинается при нормальной температуре, но если судороги продолжаются длительно, то температура, как правило, повышается.

Неотложная помощь. 1. Доступ свежего воздуха. Аэро- и кислородотерапия. Открыть шпателем рот, вытянуть язык. 2. Глюконат кальция 10% р-р 4—6 мл в/в, в тяжелых случаях при длительных судорогах 1—1,5 мл/кг. 3. Хлоралгидрат 2% р-р 10—20 мл (в клизме) и сернокислая магнезия 25% р-р (см. «Нейротоксикоз»). Указанные препараты нельзя назначать в тех случаях, когда имеется глубокое угнетение дыхания (аритмичное дыхание) и тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность. В этих случаях вводят ГОМК, седуксен, дроперидол (см. лечение нейротоксикоза) 4. При повторяющихся судорогах, не поддающихся лечению, необходима спинномозговая пункция.

Госпитализация показана.

СУДОРОГИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ. Симптомы. Характеризуются разнообразием клинических форм. Чаще встречаются большие судорожные припадки. Иногда припадку предшествуют предвестники (аура), затем

ребенок мгновенно теряет сознание, падает, начинается тонические или клонико-тонические судороги, выделяется розоватая пена изо рта, возможен прикус языка, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Длительность припадка 3—4 мин. После приступа ребенок засыпает, просыпаясь, ничего не помнит. Иногда развивается эпилептический статус: припадки следуют почти беспрерывно один за другим, в некоторых случаях несколько десятков припадков в сутки. Ребенок между припадками в сознание не приходит, прогрессирует тяжесть общего состояния, нарастают нарушения мозгового кровообращения, усиливаются сердечно-сосудистые и дыхательные расстройства, углубляется коматозное состояние, может наступить смерть. Летальность от эпилептического статуса велика даже в реанимационных отделениях.

Неотложная помощь. 1. Доступ свежего воздуха. 2. Поддерживать голову для профилактики травмы, положить ее набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, в рот между зубами вложить шпатель или черенок ложки, обернутой чем-нибудь мягким (для предупреждения прикуса языка). 3. При серийных эпилептических припадках (эпилептический статус) противосудорожная терапия. Клизма из 2% р-ра хлоралгидрата: 10—15 мл детям до 6 месяцев, 15—20 мл от 6 месяцев до 1 года и 30—50 мл детям старше года (после очистительной клизмы). 4. Сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг в/м. 5. Седуксен 0,3—0,5 мг/кг в/м или в/в в 10 мл 10% р-ра глюкозы. 6. При неэффективности указанной терапии — оксибутират натрия (ГОМК) в/в, 100—150 мг/кг вместе с 20 мл 20% р-ра глюкозы (ГОМК можно вводить в/м, внутрь и в клизме). 7. При длительных судорогах, не поддающихся терапии, дроперидол 0,2 мл/кг, но не более 10 мл. 8. Дегидратационная терапия: лазикс в/м или в/в 1—3 мг/кг, маннитол 1,5 на кг массы в/в капельно. 9. Если судороги не купируются, несмотря на проводимое интенсивное лечение, показана спинномозговая пункция.

Госпитализация при тяжелых судорогах обязательна.

ТОКСИКОЗ С ЭКСИКОЗОМ. Сопровождают желудочно-кишечные заболевания у детей раннего возраста, вирусные заболевания, иногда тяжелые формы пиелонефрита и другие заболевания.

Симптомы. Зависят от вида обезвоживания. При вододефицитном варианте рвота не очень частая, с вяз-

кой слизью, стул учащен, водянистый, непереваренный, температура повышена до 38—39°, ребенок возбужден, его беспокоит мучительная жажда (пьет любую жидкость: и сладкую и соленую). Более или менее выражены (зависит от степени эксикоза) симптомы обезвоживания: падение веса, сухость кожи и слизистых, западение родничка, заострившиеся черты лица, редкое мочеиспускание, дряблый тургор тканей. При прогрессировании процесса состояние возбуждения сменяется вялостью, адинамией, сонливостью, затем затемнением сознания вплоть до комы.

При соледефицитном обезвоживании рвота многократная, обильная, водянистая, стул частый, шумный, водянистый, объемистый, иногда без каловых масс, живот вздут. Больной безучастен, тонус мышц снижен. К воде отвращение. Признаки эксикоза выражены меньше, чем при вододефицитном синдроме.

Неотложная помощь. 1. При многократной рвоте промывание желудка (водой, слабым раствором $KMnO_4$, 2% р-ром соды). При коллаптоидном состоянии промывание противопоказано. 2. При неукротимой рвоте, особенно при высокой температуре и повышенной судорожной готовности введение 2,5% р-ра аминазина 1—2 мг/кг, 1% р-ра димедрола 0,1—0,2 мл или 2,5% р-ра пипольфена 0,1—0,2 мл в/м или в/в, 10% р-ра хлористого кальция 1—2 мл — детям до 2-летнего возраста в/в. В тяжелых случаях (при выраженных явлениях токсикоза и эксикоза) преднизолон 2—3 мг/кг или гидрокортизон 5—10 мг/кг в/в. 3. Аскорбиновая кислота 5% р-р 2—3 мл и кокарбоксилаза 25—50 мг в/в. 4. При тяжелом обезвоживании альбумин, плазма, желатиноль или полиглюкин 10—15 мл/кг в/в струйно, затем капельно глюкозосолевые р-ры (5%—10% р-р глюкозы, р-р Рингера, физраствор, гемодез, реополиглюкин). 5. При выраженной сердечно-сосудистой недостаточности (тахикардия, глухость сердечных тонов, цианоз, увеличение печени) — строфантин 0,05% р-р 0,1—0,2 мл детям раннего возраста в/в в 10 мл физраствора струйно. 6. При парезе кишечника (резкое вздутие живота, метеоризм, газы не отходят) показана гипертоническая клизма (10% р-р хлористого натрия плюс несколько капель валерианы). Одновременно прозерин 0,05% р-р 0,1 мл на год жизни в/м.

Госпитализация в кишечное отделение детской больницы или инфекционную больницу. При крайней тяжести состояния — в реанимационное отделение.

ПИЛОРОСПАЗМ. Вызывается нарушением нервной регуляции желудка.

Симптомы. Рвота начинается с первых дней жизни, обычно после еды, непостоянная, может быть не каждый день, но часты срыгивания. Объем рвотных масс меньше объема съеденной пищи, в связи с этим потеря веса небольшая, иногда даже вес нарастает, но очень медленно. Стул с тенденцией к запору. Дети беспокойны, плаксивы, плохо спят.

Неотложная помощь. 1. Атропин 0,1% р-р, 2—3 капли внутрь. 2. Аминазин 0,1—0,15 мл 2,5% р-ра в 1—2 мл 0,5% р-ра новокаина в/м. 3. 0,5% р-р новокаина 1 ч. л. внутрь. 4. Витамин B_1 0,3 мл и витамин B_6 0,5 мл в/м.

Госпитализация экстренная в детское терапевтическое отделение.

ПИЛОРОСТЕНОЗ. Врожденное заболевание, характеризующееся стенозом привратниковой части, обусловленным гипертрофией циркулярных мышц этого отдела (порок развития).

Симптомы. Заболевание проявляется к концу 2-й, началу 3-й недели жизни ребенка. Основной симптом — рвота «фонтаном», возникающая несколько раз в день. Объем рвотных масс обычно превосходит количество молока, высосанного при кормлении (до рвоты). Мочеиспускания редкие, запоры. При поздней диагностике масса тела ребенка меньше, чем при рождении. Организм обезвожен, кожные покровы сухие, родничок западает, черты лица заострившиеся, тургор тканей дряблый, подкожно-жировой слой истончен, иногда сохраняется лишь на щеках. При осмотре живота через 5—10 мин. после кормления в верхнем его отделе иногда обнаруживаются перистальтические волны в форме «песочных часов».

Неотложная помощь. Показано экстренное хирургическое (оперативное) лечение.

Госпитализация в хирургическое отделение.

ПНЕВМОНИЯ. Занимает одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Очень важны ранняя диагностика и своевременно начатое лечение. (См. также соответствующий раздел в главе «Внутренние болезни».) Пневмонии наиболее часто возникают у детей ослабленных, страдающих рахитом, анемией, экссудативным диатезом, гипотрофией, перенесших родовую травму, асфиксию в родах, имеющих наследственно-генетические дефекты развития.

Симптомы. Повышение температуры до 38—39°, частый кашель, сначала сухой, позднее влажный, учащенное дыхание стонущего характера (затруднен выдох); в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура: раздуваются крылья носа, втягиваются яремная ямка и межреберные мышцы, грудная клетка вздута, цианоз губ и носогубного треугольника.

В легких выслушивается жесткое дыхание, средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитация. Перкуторный звук в начале заболевания с коробочным оттенком (эмфизема), а затем, если появляются сливные очаги, определяется укорочение перкуторного звука. Может быть поражена нервная система (нейротоксикоз, менингоэнцефалитический синдром): ребенок очень беспокоен, возбужден, температура повышается до 40—41°, сознание помрачено, рвота, выбухание родничка, ригидность затылочных мышц, дрожание конечностей и подбородка, иногда судороги. Более резко выражены симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Дыхание становится аритмичным, могут быть его остановки. Если пневмония протекает с кардио-васкулярным синдромом, то отмечается выраженная бледность и синюшность кожи, цианоз губ и носогубного треугольника, акроцианоз; сердечные тоны глухие, тахикардия (в тяжелых случаях — брадикардия), быстро увеличивается и становится болезненной печень. В случае присоединения кишечного синдрома появляется учащенный, разжиженный неперевареный стул, рвота или срыгивания, более или менее выраженные признаки обезвоживания. Астматический синдром, сопровождающий пневмонию, резко усиливает дыхательную недостаточность (вплоть до приступа удушья). Дыхание становится еще более учащенным, шумным, с затрудненным выдохом и коротким вдохом (см. «Бронхиальная астма»).

Неотложная помощь. 1. Свежий воздух, увлажненный кислород, туалет носа, удаление слизи и мокроты из полости рта, верхних дыхательных путей с помощью отсосов или резиновой груши. 2. Если признаки токсикоза выражены умеренно, а температура невысокая, рекомендовать горчичники, банки на грудную клетку, лечебные ванны, с постепенным повышением температуры от 37° до 39° (в течение 5 мин), паровые и содовые ингаляции (с отваром трав). 3. Если пневмония протекает на фоне экссудативного диатеза или ребенок склонен к каким-либо другим аллергическим проявле-

нием, димедрол, пипольфен, супрастин или тавегил. 4. При выраженной сердечно-сосудистой недостаточности сердечные гликозиды. 0,05% р-р строфантина: детям до года 0,05—0,1; 2—4 года 0,15—0,2; 5—10 лет 0,2—0,25; 10—14 лет 0,3 мл; 0,06% р-р коргликона; детям от 1 года до 4 лет 0,1—0,4; 5—10 лет 0,5—0,6; 11—14 лет 0,75 мл в 10—20 мл изотонического раствора хлорида натрия или в 10—20 мл 20% р-ра глюкозы в/в; кокарбоксилаза 50 мг; аскорбиновая кислота 5% 2—3 мл, витамин B_6 0,5—1 мл; АТФ 0,5—1 мл в/в. 5. Для расширения коронарных сосудов, снятия спазма бронхов, улучшения кровообращения мозга и усиления диуреза — эуфиллин 2,4% р-р 0,1—0,15 мл/кг детям первого года жизни, после года 1 мл на год жизни, но не более 10 мл в/в. 6. При резком обезвоживании плазма 10 мл/кг, реополиглюкин и другие плазмозаменители 10—15 мл/кг, 10% р-р глюкозы и р-р Рингера в объеме не более 50—60 мл/кг в/в. 7. При астматическом синдроме назначаются препараты, снимающие спазм бронхов и антигистаминные средства (см. «Бронхиальная астма»). 8. В особо тяжелых случаях, при выраженных явлениях токсикоза, менингоэнцефалитическом синдроме, нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности преднизолон 1—2 мг/кг или гидрокортизон 5—10 мг/кг в/в. В некоторых случаях (коллаптоидное состояние) дозы преднизолона увеличивают до 4—5 мг/кг и более.

Госпитализация необходима во всех случаях.

РВОТА АЦЕТОНЕМИЧЕСКАЯ. Наблюдается нечасто, преимущественно у детей в возрасте 2—8 лет. Предрасполагают: перекорм жирами, голодание, аллергические заболевания, инфекции, повышенная нервная возбудимость и т. д.

Симптомы. Внезапно возникает приступ неукротимой рвоты (до 10—30 раз в сутки) сначала съеденной пищей, а затем слизью и желчью. Запах ацетона изо рта, обезвоженность, вялость, адинамия, сильная жажда, иногда судороги. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Приступы неукротимой рвоты повторяются через определенное время (дни, недели, месяцы), прекращаются обычно в период полового созревания.

Дифференцировать: с сахарным диабетом (при ацетонемической рвоте нет повышения сахара в крови и моче), с церебральными заболеваниями (опухоль), аппендицитом, непроходимостью кишок.

Неотложная помощь. 1. Промыть желудок 2% р-ром соды, после чего ввести в него через зонд 10—15 мл 0,5% р-ра новокаина. 2. Обильное питье: 5% р-р глюкозы, р-р Рингера, «Боржоми», «Славяновская», «Смирновская», кипяченая вода, чай. 3. Настойку валерианы (столько капель, сколько лет ребенку), экстракт белладонны (1 мг на год жизни, но не больше 10 мг), фенобарбитал (0,02—0,03 детям в возрасте до 2—4 лет, 0,04—0,07 детям 5—10 лет), пипольфен или димедрол, или супрастин внутрь. 4. При длительных некупирующихся приступах рвоты аминазин 2,5% р-р 1—2 мг/кг в/м. 5. При отсутствии эффекта — капельное в/в введение 10% глюкозы (с инсулином — 1 ед инсулина на 4,0—5,0 глюкозы), р-ра Рингера, гемодеза, полиглюкина, реополиглюкина.

Госпитализация обязательна при тяжелом состоянии ребенка, неукротимой рвоте и обезвоживании.

ХОЛЕПАТИЯ. Заболевание желчного пузыря и желчевыводящих путей. В детском возрасте встречается часто. Предрасполагают к заболеванию: пороки развития желчного пузыря и желчевыводящих путей, ожирение, неблагоприятная наследственность (заболевания печени и желчного пузыря у родителей), изменения ЦНС и вегетативной нервной системы (нарушение иннервации желчного пузыря), заболевания желудка и 12-перстной кишки, почти всегда осложняющиеся холепатией, гепатиты, дисбактериоз, операции в брюшной полости, гиподинамия, способствующая застою желчи. Разрешающие факторы: инфекционные заболевания и хронические гнойные очаги в организме (хронический тонзиллит, гайморит, кариес зубов, хронический аппендицит и др.); несбалансированное питание (злоупотребление жирной, острой пищей, пряностями, копченостями, редкие и обильные приемы пищи); интоксикации, аллергические заболевания и т. д.

Структура холепатий: 1. Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей — наиболее частая патология, обусловленная функциональными расстройствами. Дискинезии способствуют застою желчи, вследствие чего желчь теряет присущую ей бактерицидность и проникающие в нее микробы (стафиллококки, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка и др.) вызывают развитие воспалительного процесса. Нередко дискинезия желчевыводящих путей развивается вследствие глистной инвазии и лямблиоза. 2. Дискринии — нарушение химизма желчи (при нарушении обмена ве-

ществ, ожирении, экссудативном и других диатезах, неправильном питании и т. д.). Возникают при дискинезии желчевыводящих путей или предшествуют им. 3. Пороки развития и деформация желчного пузыря — способствуют нарушению пассажа желчи, развитию дискринии и дискинезии. 4. Холецистит — встречается значительно реже, чем указанные выше формы заболевания. В большинстве случаев обусловлен предшествующими дискинезией и дискринией. 5. Желчнокаменная болезнь регистрируется в детском возрасте нечасто.

Симптомы. Боли в правом подреберье, обычно после еды, особенно желчегонной (мучные, жареные блюда, жирная пища, мясо, яйца). Могут быть тупые, тянущие, не очень интенсивные, но длительно продолжающиеся (несколько часов), возможны и острые, коликообразные, резкие боли в области правого подреберья, в правой половине живота, около пупка. Тошнота, неприятный запах изо рта, плохой аппетит, во время приступа может быть повторная рвота. Пальпация живота выявляет болезненность в области правого подреберья, иногда в точке желчного пузыря имеется защитное напряжение мышц, в некоторых случаях увеличивается печень, появляется иктеричность склер. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси, Кера и др.

Дифференциальный диагноз острого приступа холепатии следует проводить с острым хирургическим заболеванием (аппендицит и др.), гепатитом, гастритом и язвенной болезнью, дуоденитом, глистной инвазией и др. Окончательно диагноз устанавливается после дуоденального зондирования с исследованием химизма желчи и холецистографии.

Неотложная помощь. 1. Умеренное тепло на область печени, грелка, компрессы с теплым растительным маслом (если исключено острое хирургическое заболевание). 2. Если болевой приступ не снимается, 0,2% р-р платифиллина 0,5—1 мл детям старше 3 лет п/к; 1—2% р-р папаверина 0,5—1 мл, 0,1% р-ра атропина 0,2—1 мл п/к. 3. Но-шпа 1/2—1 табл.

Госпитализация в тяжелых случаях.

V. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ТРАВМЫ

АБСЦЕСС ЗАГЛОТОЧНЫЙ. Нагноение лимфатических узлов, расположенных в заглоточном пространстве. Наблюдается в раннем возрасте (до 2 лет), возникает чаще после ангины, воспалительных инфекционных заболеваний носа и носоглотки.

Симптомы. Резко повышенная температура, беспокойство, затрудненные глотание и носовое дыхание, носовой оттенок и глухость голоса без афонии. Инспираторная одышка, сопровождающаяся влажными хрипами и клокотанием в горле. Характерно вынужденное положение головы — она отклонена кзади и в больную сторону. Нередко наблюдается воспалительная инфильтрация позади угла нижней челюсти и болезненное увеличение лимфатических узлов, расположенных несколько ниже угла нижней челюсти. На задней стенке глотки или носоглотки обнаруживается эластичное, обычно одностороннее шарообразное выпячивание флюктуирующей опухоли.

Неотложная помощь. При резко затрудненном дыхании и опасности асфиксии вскрытие или пункцию абсцесса толстой и длинной иглой производят на дому. Предварительно скальпель оборачивают липким пластырем, оставляя свободным лишь конец его (0,5—0,8 см). Разрез производят в месте наибольшего выпячивания снизу вверх, после чего голову наклоняют вниз для предупреждения затекания гноя в гортань.

Госпитализация срочная в лор- или хирургическое отделение.

АБСЦЕСС ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ. Возникает как осложнение при обострении хронического тонзиллита (воспаления миндалин) или в период выздоровления после ангин.

Симптомы. Резкая боль при глотании, в большинстве случаев односторонняя, с иррадиацией в ухо, зубы. Температура высокая (38—40°). Соответствующая половина мягкого неба гиперемирована и отечна,

смещается в противоположную сторону. Больной с трудом раскрывает рот, голос становится гнусавым, принятие пищи затруднено или делается невозможным. Жидкая пища часто попадает в нос. Увеличены подчелюстные и шейные лимфатические железы, преимущественно с одной стороны. Голова неподвижна, наклонена в больную сторону. При осмотре обнаруживают резкую отечность и гиперемию тканей мягкого неба. Одна из миндалин резко увеличена, выступая в полость зева, смещает отечный язычок в противоположную сторону. Мягкое небо теряет подвижность, ассиметрично. Отмечается слюнотечение.

Неотложная помощь. При сформировании абсцесса производят его вскрытие.

Госпитализация в лор- или хирургическое отделение, при сохранившихся симптомах лакунарной и фолликулярной ангины (налеты в зеве) — в инфекционное отделение.

АППЕНДИЦИТ ОСТРЫЙ — воспаление червеобразного отростка, возникает под влиянием проникающих в его толщу различных микроорганизмов (кишечная палочка, стафиллококки, стрептококки, энтерококки и др.). Является одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. В зависимости от патологических изменений при остром аппендиците морфологически различают четыре формы: катаральную, флегмонозную, гангренозную и перфоративную. Он может протекать с образованием инфильтрата, абсцесса или развитием гнойного перитонита. Последний является наиболее тяжелым осложнением.

Симптомы. Характерным и наиболее ранним симптомом в большинстве случаев является внезапная боль. В начале приступа она, как правило, локализуется в области пупка, выше его или по всему животу, через некоторое время перемещается в правую подвздошную область, в область расположения слепой кишки. Длительность болевого приступа колеблется от нескольких минут до нескольких дней. Боли усиливаются при покашливании. Почти одновременно появляются тошнота и одно-, двухкратная, реже многократная рвота, хотя отсутствие последней не исключает острого аппендицита. Стул и отхождение газов обычно задерживаются. Понос наблюдается редко. Температура тела повышается до 37,8 — 38,5°, иногда остается нормальной.

Пульс в первые сутки заболевания учащается до 90—100 ударов в мин. Язык в начале заболевания слегка

обложен и влажен, но скоро становится сухим. Исключительное значение для диагностики острого аппендицита имеет исследование живота: осторожно и постепенно пальпируют левую подвздошную область, затем левое подреберье, верхнюю часть живота и, наконец, правую подвздошную область, где при остром аппендиците (за редким исключением) определяется резкая болезненность. Место наибольшей болезненности и ее выраженность зависят главным образом от локализации червеобразного отростка.

Во многих случаях при остром аппендиците отмечается положительный симптом Ровзинга — усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании в левой подвздошной области. Диагностическое значение имеет симптом Образцова — усиление пальпаторных болей при поднятой выпрямленной правой ноге. Характерный для хронического аппендицита симптом Ситковского (усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку) иногда может сохранять свое значение и при остром аппендиците. Резкая болезненность при ощупывании правой подвздошной области обычно сочетается с защитным напряжением мышц на этом участке брюшной стенки, которое особенно отчетливо проявляется при отсутствии напряжения на остальных ее участках.

Исключительно важное диагностическое значение имеет симптом Блюмберга—Щеткина, который заключается в том, что осторожное, постепенное надавливание на брюшную стенку в правой подвздошной области больной переносит обычно легко, а при внезапном и быстром снятии давления (отнятие руки) испытывает резкую боль, что свидетельствует о местном раздражении или воспалении брюшины.

Симптом Блюмберга—Щеткина по мере развития процесса в правой подвздошной области может быть обнаружен и слева, и в верхней половине живота. Он характеризует распространенность воспалительного процесса в брюшной полости. Значительное распространение перитонеальных явлений указывает на развитие перитонита в результате перфорации червеобразного отростка или его гангрены. Общее состояние больного ухудшается: он становится беспокойным, глаза западают, черты лица заостряются. Температура тела повышается до 39—40°, пульс резко учащается и достигает 120 и более ударов в мин. Стул и газы задерживаются. Симптом Блюмберга—Щеткина выражен по всему животу.

Аппендикулярный инфильтрат. В некоторых случаях при несвоевременном оперативном хирургическом лечении острого аппендицита происходит отграничение воспалительного процесса с образованием барьера из склеивающихся кишечных петель, сальника, брюшины (париетальной). На 3—4-е сутки болезни образуется инфильтрат, который определяется в правой подвздошной области в виде уплотнения с хорошо определяемыми границами. Пальпация инфильтрата болезненна. Такой инфильтрат может рассосаться в течение 1—1,5 месяца или перейти в гнойник. В случае перехода инфильтрата в гнойник общее состояние больного резко ухудшается: температура тела приобретает гектический характер, с большими суточными колебаниями. Инфильтрат увеличивается в размерах, возникает угроза общего разлитого перитонита.

Острый аппендицит у детей протекает с более выраженной клинической картиной и интоксикацией. Он чаще осложняется разлитым перитонитом.

Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста протекает с нечеткой картиной, что объясняется частыми сочетаниями воспалительного процесса с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Иногда даже при деструктивных формах аппендицита клинические симптомы могут быть мало выражены.

Клиническая картина острого аппендицита у беременных стушевывается в связи с увеличенной маткой. Боли локализуются высоко, напряжение брюшной стенки не всегда ярко выражено. Чаще острый аппендицит (в 75% случаев) встречается в первой половине беременности.

При забрюшинном (ретроцекальном) расположении отростка аппендицит протекает своеобразно. Остро развивающаяся разлитая боль в животе часто иррадиирует в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы. Напряжение мышц в правой подвздошной области и симптом Блюмберга—Шеткина могут отсутствовать даже при выраженной интоксикации, свидетельствующей о гнойном процессе. Симптом Пастернацкого, напротив, может оказаться положительным. Запущенный ретроцекальный аппендицит может привести к развитию забрюшинной флегмоны или абсцесса.

Приступ острого аппендицита нередко приходится дифференцировать от прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, острого холецистита, приступа почечной ко-

лики, острого аднексита, нарушенной внематочной беременности и т. п.

Неотложная помощь. Все больные с диагнозом острого аппендицита или подозрением на него должны быть срочно госпитализированы на носилках в хирургическое отделение. Применение обезболивающих средств, слабительных, клизм, грелок строго противопоказано!

АСФИКСИЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ (прекращение дыхания) является следствием закупорки или стеноза дыхательных путей (инородное тело, западение языка, повешение, аспирация рвотных масс, дифтерийные пленки, сдавление опухолью и др.). Асфиксия может быть при столбняке, спазме голосовой щели, отеке голосовых связок и т. п.

Симптомы. Быстро развивается одышка. Отмечается учащенное и глубокое дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Лицо становится синюшным, одутловатым с выражением тревоги, ужаса. Зрачки расширяются, теряется их реакция на свет. Исчезают сухожильные и другие рефлексы. Могут наступить потеря сознания, клонические судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Неотложная помощь. 1. Устранение механических препятствий дыхательных путей: при попадании инородного тела — его удаляют; при западении языка — прибегают к помощи языкодержателя, вводя воздуховодную трубку (западение языка можно предупредить запрокидыванием головы с выведением нижней челюсти вперед); при повешении быстро снимают странгуляционную петлю; при закупорке дыхательных путей рвотными массами, последние удаляют тампоном и отсосом. После восстановления проходимости дыхательных путей, если необходимо, производят искусственное дыхание. 2. Если восстановить проходимость дыхательных путей не удается (отек голосовых связок, сдавление опухолью, закупорка дифтерийными пленками), необходимо произвести пункцию перстневидно-щитовидной перепонки толстой иглой с последующим введением через нее в трахею кислорода. В тяжелых случаях может потребоваться трахеотомия. При асфиксии показаны ингаляции кислорода, ИВЛ.

Госпитализация срочная в оториноларингологическое отделение, а в особенно тяжелых случаях (при нарушении дыхания и сердечной деятельности) в отделение реанимации.

ВЫВИХИ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ. Смещение костей, участвующих в образовании сустава.

Чаще всего происходят под влиянием внешнего воздействия, в большинстве случаев от непрямой травмы, то есть силы, действующей не прямо на сустав, а на отдаленные от него участки. При этом происходит разрыв суставной капсулы, повреждаются окружающие мягкие ткани, кровеносные сосуды, нервные стволы. Наступает кровоизлияние в мягкие ткани вокруг сустава, иногда в суставную сумку (см. «Гемартроз».) Иногда вывих в суставе может сочетаться с переломом вывихнутой или близлежащей кости.

Клинически отмечается резкая боль в поврежденном суставе, изменение формы сустава и неестественное положение конечности. Подвижность в суставе резко ограничивается, малейшие попытки к движению вызывают резкую боль. Характерна также вынужденная поза пострадавшего. Доврачебная помощь при вывихах на месте происшествия должна обеспечить только полный покой поврежденной конечности путем наложения транспортной шины или фиксирующей повязки и назначения болеутоляющих средств. Наиболее часто (более 50% всех вывихов) наблюдаются вывихи в плечевом суставе.

Вывихи плеча. Происходят при падении на вытянутую вперед и отведенную руку или при форсированном повороте плеча кнаружи. В зависимости от положения смещенной головки плечевой кости различают передние, задние и нижние вывихи.

Симптомы. В момент травмы пострадавший ощущает хруст в плечевом суставе. Движения становятся невозможными. На месте сустава видна характерная впадина. Вывих плеча иногда сопровождается обширным разрушением суставной капсулы и связок, в связи с чем в дальнейшем вывихи в этом суставе могут повторяться от незначительных травм, усилий. Это так называемый привычный вывих.

При переднем вывихе (наиболее часто встречающемся) надплечье опущено, дельтовидная мышца приобретает уплощенный вид, подключичная ямка сглажена, кожа над суставной впадиной втянута. Больной поддерживает конечность здоровой рукой. Головка плеча смещена и пальпируется под клювовидным отростком. Активные движения невозможны, пассивные движения встречают пружинистое сопротивление, резко болезненны.

При заднем вывихе головка вывихнутой плечевой ко-

сти смещается кзади от суставной сумки. На месте сустава отмечается нерезко выраженная впадина.

При нижнем вывихе головка плеча смещается книзу от суставной впадины. Конечность при этом виде вывиха становится несколько длиннее по сравнению со здоровой. Она также больше отведена.

Неотложная помощь. 1. На поврежденную конечность накладывается транспортная шина с захватом тыльной поверхности кисти, предплечья, плеча и переходом в надлопаточную область. Иммобилизированная конечность подвешивается в согнутом локтевом суставе на косынке. При отсутствии шины конечность фиксируют с помощью повязок к грудной клетке. 2. Больному вводят п/к промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 1—2 мл 50% р-ра и направляют к врачу-травматологу.

Вывихи в локтевом суставе. Обычно возникают при падении на вытянутую руку с чрезмерным сгибанием или разгибанием. Наиболее часто встречается задний вывих обеих костей предплечья, реже передний.

Симптомы. Резкая боль и деформация в области сустава. При заднем вывихе сустав деформирован из-за смещения костей предплечья позади плеча. Локтевой отросток прощупывается выше линии, соединяющей мыщелки плеча. Этим признаком можно пользоваться при дифференциации вывиха от чрезмыщелкового перелома плеча. Конечность полусогнута (130—140°) в поврежденном суставе, слегка повернута внутрь. Активные движения отсутствуют, пассивные — резко болезненны и ограниченны. Предплечье кажется укороченным, а плечо удлиненным.

При вывихе плеча кпереди конечность в локтевом суставе разогнута, плечо кажется укороченным. На месте локтевого отростка определяется характерная впадина, в которой прощупывается суставная поверхность плечевой кости. Движения в поврежденном суставе резко ограниченны и болезненны.

Неотложная помощь. 1. Накладывается транспортная шина, которая моделируется по форме поврежденной конечности, предплечье подвешивается на косыночной повязке. 2. Больному вводят (до иммобилизации) п/к промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 1—2 мл 50% р-ра и направляют в травмпункт.

Вывихи кисти бывают тыльные и ладонные. Они часто возникают в сочетании с переломами нижнего конца

лучевой кости или запястья. Происходят при падении на вытянутую руку.

Симптомы. Боль, деформация и нарушение функции лучезапястного сустава. Могут быть парестезии в первых трех пальцах.

Неотложная помощь. Иммобилизация транспортной шиной и направление в травматологический пункт, отделение больницы. Попытки вправления вывиха на месте происшествия недопустимы.

Вывихи пальцев кисти. В момент падения, удара, внезапного разгибания капсула пястно-фалангового сустава и связки рвутся, что приводит к вывиху пальца.

Симптомы. Вывихнутый палец, как правило, смещается к тыльной поверхности. Пострадавший ощущает боль. Движения в суставе резко ограничены, болезненны, сустав деформирован.

Неотложная помощь. Тянуть за палец не следует. На палец и кисть накладывают шину и направляют пострадавшего к травматологу.

Вывихи в тазобедренном суставе. Возникают в результате воздействия очень большой силы (при падении с высоты, удара при транспортной аварии и т. п.) и могут осложняться повреждением сосудов и нервов. Вывих определяется расположением вывихнутой головки бедра по отношению к вертлужной впадине. Чаще встречаются задние, реже передние вывихи бедра.

Симптомы. При заднем (задненижнем) вывихе бедро приведено и повернуто кнутри, конечность согнута в тазобедренном и коленном суставах. Тазобедренный сустав деформирован, под мышцами ягодиц отчетливо пальпируется головка бедра, особенно большой вертел. Из-за смещения головки бедра кверху конечность кажется укороченной.

При переднем вывихе бедро отведено и ротировано кнаружи, согнуто в тазобедренном суставе. Из-за смещения головки бедра кнаружи от бедренной артерии (передневерхний вывих) или ближе к промежности и книзу (передненижний вывих) нижняя конечность кажется удлиненной. Большой вертел пальпаторно определить не удается.

Неотложная помощь. 1. Назначаются болеутоляющие средства: п/к промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 2 мл 50% р-ра. 2. Иммобилизация длинными транспортными шинами, сохраняя положение конечности (попытки изменить положение вывихнутой ноги на месте происшествия недопустимы).

Госпитализация в травматологическое отделение (на носилках).

Вывихи голени в коленном суставе. Возникают от резкого удара по голени или бедру и, как правило, сопровождаются полным или частичным разрывом связочного аппарата (крестообразных и боковых связок) коленного сустава. Чаще происходит вывих кпереди. При полном вывихе всегда повреждается подколенная мышца.

Симптомы. Значительная деформация сустава, характер которой зависит от вида вывиха (передний, задний). Активные и пассивные движения невозможны. Иногда при вывихе в коленном суставе резко сдавливаются сосуды и нервы. Пульсация артерий стопы при этом отсутствует, голень становится цианотичной.

Неотложная помощь. 1. Введение болеутоляющих средств: п/к промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 1—2 мл 50% р-ра, димедрол 1 мл 1% р-ра. 2. Иммобилизация длинными транспортными шинами с захватом верхней трети бедра. Шины укладываются по задней и боковым поверхностям поврежденной конечности.

Госпитализация в травматологическое отделение (на носилках).

Вывихи надколенника. Чаще встречается наружнобоковой вывих.

Симптомы. Коленный сустав болезнен и деформирован. Кнаружи от наружного мыщелка бедра прощупывается неподвижный выступ — надколенник. Поврежденная конечность слегка согнута в коленном суставе, голень повернута кнаружи.

Неотложная помощь. Иммобилизация транспортными шинами.

Госпитализация в травматологическое отделение (на носилках).

Вывихи в голеностопном суставе. Встречаются, как правило, в сочетании с переломом лодыжек, разрывом связок, переломом большеберцовой кости. Чаще бывают вывихи кнаружи и кзади.

Симптомы. Боль и деформация голеностопного сустава. Вывих сопровождается разрывом сосудов, просвечивается гематома, которая распространяется на тыл стопы. Активные и пассивные движения в суставе ограничены.

Неотложная помощь. Иммобилизация транспортными шинами.

Госпитализация в травматологическое отделение (на носилках).

Вывихи пальцев стопы. Симптомы и неотложная помощь аналогичны таковым при повреждениях пальцев кисти (см. «Вывих пальцев кисти»).

Вывих позвонков. Встречается редко и, как правило, сопровождается их переломом. Чаще наблюдаются вывихи в шейном отделе позвоночника.

Симптомы. Резкая болезненность в области вывиха. Остистый отросток нижележащего позвонка выступает. При вывихе позвонков шейного отдела голова и часть шеи выше вывиха наклонены кпереди. Активные движения головы невозможны. Вывихи позвонков иногда сопровождаются парезом или параличом конечностей.

Неотложная помощь. (см. «Переломы позвоночника»).

Госпитализация в травматологическое отделение.

Вывихи ключицы. Различают полные и неполные вывихи в акромиальном и грудинном сочленении. Чаще встречаются вывихи акромиального конца.

Симптомы. При вывихе в акромиальном сочленении над плечевым суставом виден ступенеобразно приподнятый конец ключицы. При надавливании на него легко происходит вправление, но с прекращением давления акромиальный конец ключицы вновь смещается (симптом клавиша). Плечо с поврежденной стороны опущено.

При вывихе в грудинном сочленении соответственно расположению внутреннего конца ключицы под кожей определяется выступ (надгрудинный вывих) или, наоборот, западение (предгрудинный).

Неотложная помощь. 1. При вывихе акромиального конца ключицы в подмышечную впадину помещают плотный комок ваты, слоем ваты обкладывают плечевой сустав, конечность, согнутую в локтевом суставе, фиксируют с помощью повязки Дезо.

2. При вывихе грудинного конца ключицы плечи с помощью ватно-марлевых колец, надетых на руки на уровне плечевых суставов, максимально отводят назад, а кольца сзади, над лопатками, связывают.

Пострадавшего направляют к врачу-травматологу.

Вывих нижней челюсти. Возникает при чрезмерном открывании рта (откусывание большого куска, зевота, крик, смех), от удара, нанесенного спереди сверху в подбородок и др. Вывих может быть односторонним или

двусторонним. Нередко наблюдаются привычные вывихи нижней челюсти.

Симптомы. При двустороннем вывихе лицо симметрично, щеки ввалены, рот открыт, подбородок выступает вперед. Речь затруднена. Прикус зубов открыт. Глотание затруднено и изо рта течет слюна. Жевательные мышцы напряжены, при попытке пассивных движений ощущается характерное для вывиха пружинящее сопротивление.

При одностороннем вывихе лицо перекошено, подбородок отклонен в здоровую сторону (при переломе нижней челюсти, в том числе суставных отростков, подбородок смещается в сторону перелома). На стороне вывиха щека уплощена, суставная головка не прощупывается в ямке.

Неотложная помощь. Вывих желательно попытаться вправить в первые часы. Больного усаживают на низкий табурет так, чтобы оказывающий помощь имел возможность действовать разогнутыми в локтевых суставах руками. Главная задача — преодолеть сопротивление жевательных мышц, что достигается вытяжением. Оказывающий помощь вводит большие пальцы в полость рта пострадавшего, предварительно обернув их марлевой салфеткой, и упирается ими в оба ряда нижних коренных зубов, а остальными пальцами захватывает челюсть снаружи. Медленно (без рывков), с силой надавливая на челюсть вниз, одновременно приподнимает (как-бы закрывая рот) подбородок и сдвигает челюсть кзади. Вправление вывиха сопровождается характерным щелчком или хрустом. Если произошло вправление, то рот свободно закрывается.

После вправления на 5—6 дней накладывается мягкая пращевидная повязка. Рекомендуется щадящая диета (пища в жидком виде), покой поврежденной челюсти на 1—2 недели.

При невозможности вправить челюсть больного после наложения мягкой пращевидной повязки направляют в стоматологическую поликлинику или к врачу-травматологу на любом виде транспорта в сидячем положении.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ. Возникает при ослаблении тонуса сфинктера прямой кишки (врожденного, воспалительного или травматического происхождения), слабости мышц, образующих тазовое дно, недостаточности мышечно-связочного аппарата прямой кишки.

Предрасполагающими факторами являются: резкое повышение внутрибрюшного давления при упорных за-

порах, затрудненном мочеиспускании (фимоз, сужение, опухоль простаты), при значительных физических нагрузках, частые поносы с тенезмами.

Различают выпадение только слизистой оболочки и выпадение всех слоев кишки. Выпадение прямой кишки наиболее часто отмечается у детей от 1 до 3 лет, а также у людей пожилого и старческого возраста.

Симптомы. В начале заболевания происходит выпадение слизистой оболочки, которая после акта дефекации вправляется самостоятельно и неотложная помощь не требуется. В запущенных случаях происходит выпадение из анального отверстия всех слоев прямой кишки на длину до 20 см. При сохранении тонуса сфинктера может произойти ущемление выпавшего участка кишки и в дальнейшем ее изъязвление и некроз.

Неотложная помощь. Выпавшую кишку обильно смазывают вазелином (или каким-либо другим жиром) и с помощью салфетки осторожно вправляют, начиная с центрального участка. У детей вправление производится в положении лежа на животе с поднятыми и согнутыми в тазобедренных суставах нижними конечностями и тазом, у взрослого — в коленно-локтевом положении или лежа на боку с опущенной головой. У детей после вправления сдвинутые ягодицы нужно фиксировать пеленкой или лейкопластырем. Затем больного направляют к хирургу.

При повреждении выпавшей кишки (изъязвление, некроз, кровотечение) вправлять ее запрещается!

Госпитализация срочная в хирургический стационар. Транспортировка в лежачем положении.

ГАНГРЕНА ГАЗОВАЯ. Вызывается анаэробными возбудителями и является осложнением загрязненных ран. Предрасполагающими факторами возникновения газовой гангрены являются: размозжение мягких тканей, нарушение кровообращения в результате разрушения сосудов, наложения тугой повязки, жгута.

Симптомы. Ранним признаком газовой гангрены является быстро нарастающий отек тканей и усиливающиеся распирающие боли в области раны. Изменяется цвет кожи (мраморно-белый, бронзовый, фиолетово-синий). Рана становится сухой, с вывороченными набухшими мышцами серого цвета. При надавливании из нее выделяется экссудат цвета мясных помоев с пузырьками газа и приторно-сладким запахом. В тканях вокруг раны определяется крепитация. Отек и газы имеют тенденцию к распространению на соседние ткани. Ухудша-

ется общее состояние больных: лицо бледное с землистым оттенком, температура повышается до 39—40°С, повышается АД, нарастают сердечно-сосудистая недостаточность, тахикардия (до 120—130 ударов в мин), анурия, анемия. В тяжелых случаях развивается коматозное состояние.

Неотложная помощь. 1. Транспортная иммобилизация пораженной конечности и быстрая доставка больного в стационар. 2. При задержке госпитализации 5—10 профилактических доз противогангренозной сыворотки, разведенных в 500 мл изотонического р-ра хлорида натрия в/в капельно в сочетании с 10 мл 10% р-ра хлорида кальция и 2—5 мл 1% р-ра димедрола.

Госпитализация срочная в хирургическое или травматологическое отделение.

ГЕМАРТРОЗ — внутрисуставное кровоизлияние. Происходит в результате травмы области сустава. Чаще встречается гемартроз коленного сустава.

Симптомы. Боль и припухлость поврежденного сустава, ограничение движений. При ощупывании сустава определяется свободная жидкость.

Неотложная помощь. Транспортная иммобилизация и направление к травматологу для оказания амбулаторной помощи.

ГЛАУКОМА (ОСТРЫЙ ПРИСТУП). Среди причин слепоты глаукома стоит на первом месте. Чаще всего заболевают люди старше 40 лет. Главные признаки глаукомы — повышение внутриглазного давления, снижение зрительных функций и изменения в соске зрительного нерва.

Острый приступ глаукомы возникает вследствие физического или эмоционального перенапряжения, охлаждения или перегревания тела. Иногда он является следствием приема препаратов белладонны, кофеина, кортикостероидов.

Симптомы. Внезапная, чаще вечером или ночью, очень сильная боль в глазу и голове, иррадиирующая в висок, лоб, ухо, челюсти. Отмечается тошнота, рвота, ухудшение зрения, застойная (синеватая) гиперемия конъюнктивы, главным образом у роговицы, легкое помутнение последней вследствие отека (поверхность роговицы напоминает запотевшее стекло). Зрачок широкий, часто неправильной формы, реакция на свет вялая или отсутствует (не спутать с иридоциклитом, при котором отмечается узкий зрачок). Глаз твердый на ощупь, веки отечны.

Неотложная помощь. 1. В больной глаз закапать 1% р-р пилокарпина. 2. Солевое слабительное (30 г сульфата магния в стакане кипяченой воды). 3. Глюкозы 20 мл 40% р-ра или хлорида натрия 10 мл 10% р-ра в/в. 4. Диакарб, диамокс 0,25—0,5 г (1—2 табл.) внутрь. 5. Лазикс 2 мл в/в. 6. Анальгин 2 мл 50% р-ра, промедол 1 мл 2% р-ра в/в или в/м.

Строго противопоказаны препараты типа атропина, белладонны, кофеина.

Госпитализация в глазное отделение.

ГРЫЖИ УШЕМЛЕННЫЕ. Под ущемленной грыжей понимают быстро нарастающее сдавление грыжевого содержимого (петель кишок, сальника, других органов брюшной полости) в грыжевых воротах. В результате сдавления кровеносных сосудов и нервных окончаний наступает расстройство питания в тканях, являющихся содержимым грыжевого мешка, с возможным их омертвением и развитием перитонита.

По частоте ущемления на первом месте находятся косые паховые грыжи (чаще у мужчин), на втором — бедренные (чаще у женщин), на третьем — пупочные.

Симптомы. Заболевание развивается стремительно. Появляются резкие боли в области грыжи и живота, грыжевое выпячивание не вправляется, становится напряженным, увеличивается в объеме. Затем наступает тошнота и рвота, носящие рефлекторный характер, развивается общая слабость. При кашле не пальпируется характерный для неущемленной грыжи толчок в области грыжевых ворот. При ущемлении петли кишечника появляются симптомы кишечной непроходимости: задержка стула и газов, вздутие живота, возникает повторная рвота с примесью желчи, а затем и содержимым с каловым запахом. Ухудшается общее состояние, учащается пульс, падает АД, развиваются признаки обезвоживания и интоксикации. Уменьшается количество выделяемой мочи, последняя становится концентрированной.

С развитием перитонита (см. «Перитонит») появляются симптомы раздражения брюшины.

Неотложная помощь. Больные с ущемлением грыжи подлежат срочному хирургическому лечению. Введение болеутоляющих средств и попытки насильственного вправления грыжи противопоказаны!

Госпитализация срочная в хирургическое отделение. Самопроизвольное вправление грыжи не снимает необ-

ходимости госпитализации. Транспортировка в лежачем положении.

ЗАДЕРЖКА МОЧИ ОСТРАЯ. Невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря может быть вызвана камнями в мочевом пузыре, аденомой или опухолью предстательной железы, заболеваниями и травмами уретры, острым простатитом, неврогенной атонией мочевого пузыря, заболеваниями прямой кишки (рефлекторно).

Симптомы. Сильные безрезультатные позывы на мочеиспускание, ощущение расширения мочевого пузыря, боли в надлобковой области. Боли могут распространиться по всему животу, наступает вздутие живота. При перкуссии отмечается тупость в надлобковой области и выше. Иногда удается определить пальпаторно растянутый мочевой пузырь в нижнем отделе живота.

Неотложная помощь. 1. Катетеризация мочевого пузыря с помощью резинового катетера. 2. Надлобковая пункция пузыря с эвакуацией мочи.

Госпитализация при невозможности оказания помощи на дому.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА. **Инородные тела конъюнктивы, век и глазного яблока.** Инородные тела, попадая в глаз с потоком воздуха, либо прилипают к поверхности слизистой оболочки, либо внедряются в нее. Чаще всего соринки задерживаются под верхним веком.

Симптомы. Боль, обильное слезотечение, светобоязнь. При мигании боль усиливается, так как инородное тело травмирует роговицу. Если глаз закрыть, боли прекращаются.

Неотложная помощь. 1. Удаление инородного тела тугим ватным тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором: фурациллин 1:5000, сульфацил-натрий (альбуцид) 20% р-р. 2. Предварительно для анестезии закапать 0,25% р-р дикаина. 3. После удаления инородного тела закапать 20% р-р альбуцида.

Госпитализация в глазное отделение, если не удалось удалить инородное тело.

Инородные тела роговицы. Инородное тело прилипает к поверхности роговицы или проникает вглубь.

Симптомы. Режущая боль, блефароспазм, слезотечение, светобоязнь. При боковом освещении роговицы определяется точечная соринка черного или желтоватого цвета.

Неотложная помощь. 1. Закапать 0,25% р-р

дикаина, 20% р-р сульфацил-натрия и наложить легкую повязку.

Госпитализация в глазное отделение.

Инородные тела внутри глаза. Большинство инородных внутриглазных тел — это металл, реже дерево, стекло, камень. Попадая в глаз, инородное тело повреждает его оболочку и среды.

Симптомы. След проникающей раны роговицы, склеры, щелевидное отверстие в радужной оболочке, помутнение хрусталика. Для установления диагноза необходимо рентгенологическое исследование.

Неотложная помощь. 1. Закапать в глаз 20% р-р сульфацил-натрия. 2. Наложить асептическую повязку.

Госпитализация в глазное отделение.

Инородные тела гортани, трахеи, бронхов. В гортань, трахею и бронхи инородные тела могут попасть из полости рта во время крика, разговора, смеха, реже во время еды.

Симптомы. Кашель, одышка, адинамия, бледность кожных покровов. Выраженный цианоз губ и ногтей при попадании инородного тела в бронхи (чаще в правый бронх). Наблюдается ослабление дыхательного шума, притупление перкуторного звука и уменьшение размаха колебаний грудной клетки.

При попадании инородных тел в глотку появляются колющие боли, усиливающиеся при глотании (гримаса боли), особенно при «пустом» глотке. Крупные инородные тела в нижних отделах глотки вызывают расстройство глотания, речи, дыхания, вплоть до удушья.

Инородные тела трахеи вызывают внезапный приступ удушья, судорожный кашель, иногда с рвотой, цианозом, слезо- и слюнотечением, кровохарканием при травме слизистой оболочки. Возможна кратковременная потеря сознания.

Неотложная помощь. Срочная госпитализация в лор- или хирургическое отделение. При быстро развивающемся стенозе необходима неотложная трахеотомия.

Инородные тела желудка и кишечника. Встречаются чаще всего у детей и психических больных.

Симптомы. На догоспитальном этапе диагноз ставится на основании данных анамнеза. Уточнить диагноз помогает рентгенологическое исследование.

Неотложная помощь — госпитализация в хирургическое отделение.

Инородные тела мягких тканей. Занозы, иглы, стекло, проволока, мелкие гвозди, стружки металла чаще попадают в конечности.

Симптомы. Повреждение кожных покровов на месте внедрения инородного тела. Крупные инородные тела иногда удается прощупать под кожей. Металлические инородные тела, их местонахождение устанавливается рентгенологически.

Неотложная помощь. Поверхностно расположенные инородные тела, после обработки краев 5—10% р-ром йода, с помощью пинцета, или другого инструмента удаляются на месте. На рану накладывается асептическая повязка. Глубоко расположенные предметы удаляются на травматологическом пункте или в поликлинике, где производится и профилактика столбняка.

Инородные тела пищевода. Чаще это мясные и рыбные кости, монеты, части от игрушек и т. п.

Симптомы. Загрудинные боли, иногда болезненное и затрудненное глотание, слюнотечение. Может быть затруднено дыхание (если застрявший в пищеводе предмет по объему большой). Диагноз ставится на основании анамнеза (при необходимости может быть уточнен рентгенологическим исследованием).

Неотложная помощь. Инородные тела, видимые при осмотре глотки, осторожно удаляются на месте, находящиеся в пищеводе — удаляются только в стационарных условиях.

Госпитализация в оториноларингологическое отделение.

Инородные тела прямой кишки. Обычно это обломки резиновых, пластмассовых или стеклянных наконечников клизм, термометры и другие предметы.

Симптомы. Боль в области прямой кишки, усиливающаяся при попытке дефекации, тенезмы, слизистые и кровянистые выделения из заднего прохода. Наличие инородного тела в прямой кишке, а иногда и характер его удается определить при пальцевом исследовании.

Неотложная помощь. Подкожное введение болеутоляющих средств (промедол 1 мл 2% р-ра).

Госпитализация в хирургический стационар в лежачем положении.

КРОВОТЕЧЕНИЯ. Интенсивность кровотечения зависит от ряда факторов: вида сосуда (артерия, вена); диаметра его; характера повреждения (резаная рана кровоточит интенсивнее, чем рваная); вида поврежден-

ной ткани (при повреждении сосуда мышцы кровотечение сильнее, чем при повреждении подкожного жирового слоя); положения поврежденной части тела (при возвышенном положении поврежденного участка интенсивность кровотока уменьшается) и др.

Могут быть: а) молниеносные геморрагии (наступают при повреждении сердца и магистральных сосудов грудной клетки); б) острые массивные кровотечения (при повреждении брюшной аорты, сонной артерии, подвздошной, подмышечной и бедренной артерий и других крупных сосудов); в) острые кровотечения из сосудов среднего калибра (конечности, внутренние органы); г) массивные паренхиматозные кровотечения; д) кровотечения из вен малого калибра (относительно «доброкачественные»).

Молниеносное кровотечение с потерей более 60% массы крови приводит к смерти в течение нескольких минут. Острая быстрая потеря свыше 30% крови приводит к смерти примерно в течение часа, а при кровопотерях средней тяжести, если медицинская помощь не будет оказана своевременно, смерть наступает в течение 12 часов.

Кровопотерю, равную 1/10 общего объема крови (400—600 мл), организм может компенсировать собственными средствами без заметных клинических симптомов. При максимальном напряжении адаптационных механизмов организм может компенсировать потерю не более 30% массы циркулирующей крови (примерно 1500 мл). Потеря большего количества, если не будет оказана своевременная медицинская помощь, неизбежно приведет к смертельному исходу.

Симптомы. При артериальном кровотечении кровь вытекает из сосуда пульсирующей струей. Артериальная кровь имеет ярко-красный цвет; кровоточит в основном центральный отрезок сосуда. Из вен кровь вытекает непрерывной струей и имеет более темный цвет; кровоточит в основном периферический конец поврежденного сосуда. При капиллярном кровотечении кровь сочится из всей поверхности поврежденной ткани.

Паренхиматозное кровотечение бывает обильным и очень опасным. Диагностика и распознавание их природы довольно затруднительны, однако локализация травмы, общее состояние больного (бледность кожного покрова, головокружение, учащение пульса, снижение АД), а также характер изливающейся крови (алая кровь — при легочном кровотечении, цвета кофейной гущи — при

желудочном и т. д.) дают возможность составить первое представление о локализации кровотечения.

Неотложная помощь. В объем неотложной помощи входят мероприятия, обеспечивающие временную остановку кровотечения.

1. При наружном кровотечении пальцевое прижатие сосуда к кости, круговое перетягивание конечности, т. е. наложение жгута (закрутки), предельное сгибание в суставах, наложение на сосуд кровоостанавливающего зажима.

Самым простым способом остановки кровотечения является пальцевое прижатие сосуда выше места ранения. Кровотечение из ран головы останавливают прижатием височной артерии перед ушной раковиной; при ранении лица — наружной челюстной артерии к нижней челюсти на середине расстояния между подбородком и углом челюсти; общая сонная артерия прижимается к сонному бугорку поперечного отростка VI шейного позвонка; подключичная артерия прижимается к I ребру в ямке над ключицей (прижать эту артерию можно также оттягиванием руки вниз и назад); плечевая артерия придавливается к плечевой кости с внутренней стороны, сбоку от двуглавой мышцы; подмышечная артерия в подмышечной впадине — к головке плечевой кости; лучевая артерия — к кости в области запястья у первого пальца; локтевая — к локтевой кости, ближе к лучезапястному суставу; бедренную артерию прижимают пальцем или кулаком к лобковой кости в паховой области; подколенную артерию — в середине подколенной ямки.

Недостатком способа пальцевого прижатия сосудов является необходимость постоянного давления. Им можно пользоваться временно, до наложения жгута или закрутки.

Наложение жгута — надежный способ временной остановки артериального кровотечения при повреждении крупных сосудов конечностей. Используется стандартный круглый резиновый жгут (Эсмарха) или плоский резиновый жгут с цепочкой и крючком на концах. Можно использовать поясной ремень. В случае отсутствия жгута артериальное кровотечение останавливают с помощью импровизированной закрутки, для которой используют кусок марли, носовой платок, другую материю.

Кровотечение может быть остановлено максимальным сгибанием конечности в суставе и фиксацией ее в этом положении: при артериальном кровотечении из ки-

сти и нижней трети предплечья — максимальное сгибание в локтевом суставе; при кровотечении из артерий бедра — в тазобедренном суставе; из артерий голени и стопы — в коленном суставе (в коленную ямку при этом следует положить плотно скатанный ватно-марлевый валик); при кровотечении вследствие повреждения подключичной, подкрыльцовой и плечевой артерий — максимальным отведением обеих рук (с согнутыми предплечьями) назад, до возможного их соприкосновения и фиксацией в таком положении бинтом.

При остановке артериального кровотечения кровоостанавливающими зажимами сдавливается только поврежденная артерия. Используя этот способ, необходимо края раны раздвинуть крючками, отыскать и захватить кровоточащий сосуд стерильным зажимом. Зажим оставляют в ране, на которую накладывают асептическую повязку.

При повреждении мелких артерий, а также ранениях живота, груди, шеи, головы и т. д., артериальное кровотечение останавливают наложением давящей повязки. Для этого на рану накладывают несколько слоев стерильной марли, бинта или подушечки индивидуального перевязочного пакета и плотно забинтовывают.

Венозное кровотечение останавливают наложением стерильной давящей повязки и приданием конечности возвышенного положения. При капиллярном кровотечении также достаточно наложить стерильную давящую повязку. Если венозное или капиллярное кровотечение, несмотря на принятые меры, не останавливается, рекомендуется наложить повязку, пропитанную какой-либо сывороткой (противостолбнячной, противодифтерийной и др.) Хороший эффект может наступить при использовании гемостатической губки.

2. При внутреннем кровотечении: создание пострадавшему максимального покоя, с опущенным головным концом носилок (при легочном кровотечении положение полусидячее); применение холода (пузырь, полиэтиленовый мешочек со льдом, снегом, холодной водой); в/в введение хлорида кальция 5—10 мл 10% р-ра и в/м введение викасола 4—5 мл 1% р-ра.

При кровохарканьи, легочном кровотечении можно дать выпить раствор поваренной соли 10—15 г на 100 мл воды. Все больные с наружным кровотечением подлежат срочному направлению в травмпункт, к хирургу, с явлением внутреннего кровотечения — в хирургическое отделение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ наблюдается при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, полипоз, рак), при химических и термических ожогах желудка, циррозе печени, тромбофлебитической спленомегалии, геморрагическом диатезе.

Симптомы. Ведущим симптомом является рвота массами цвета кофейной гущи, но при обильном кровотечении рвотная масса может состоять из крови алого цвета. При медленном (скрытом) кровотечении и попадании крови из желудка в кишечник — темный дегтеобразный стул. Общее состояние больного зависит главным образом от объема и скорости кровотечения. При продолжающемся массивном кровотечении общее состояние быстро ухудшается. Развивается общая слабость, головокружение, появляется бледность кожных покровов, учащается пульс, дыхание, снижается АД, усиливается тошнота, появляется рвота.

Неотложная помощь. 1. Покой. 2. Кусочки льда, аминокапроновая кислота (100 мл) внутрь. 3. Викасол 2—3 мл 1% р-ра, кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в. 4. Желатина 50 мл 10% р-ра п/к (подогреть до температуры тела).

Госпитализация срочная в хирургическое отделение. Транспортировка на носилках, при наличии признаков острого малокровия — с опущенным головным концом.

КРОВОТЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЕ возможно из различных отделов кишечника. Причиной могут быть нарушения деятельности сосудов при изъязвлениях, полипах, воспалительных процессах, распаде опухолей, геморрагических диатезах, варикозных расширениях сосудов (геморроидальных) и др.

Симптомы. Выделение из анального прохода неизмененной или малоизмененной крови является симптомом кровотечения из толстого кишечника и конечных петель подвздошной кишки. Чем ближе к анальному отверстию находится источник кровотечения, тем менее измененной оказывается кровь. При кровотечении из верхних отделов кишок появляется темный дегтеобразный стул (мелена). При остром и нарастающем кровотечении общее состояние прогрессивно ухудшается. Развивается слабость, бледность, головокружение, учащается пульс, дыхание, снижается АД.

Неотложная помощь. 1. Покой. 2. Холод на живот. 3. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра,

викасол 2—3 мл 1% р-ра, аскорбиновая кислота 10 мл 5% р-ра в/в.

Госпитализация обязательная в хирургическое отделение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВОДА. Встречается при механических повреждениях слизистой, термических и химических ожогах, изъязвлениях, распаде злокачественных новообразований, варикозных расширениях вен и др. Последние чаще связаны с нарушением кровообращения в сплено-портальной системе (цирроз печени, тромбофлебитическая спленомегалия).

Симптомы. Попав в желудок из пищевода, кровь приобретает цвет кофейной гущи. Это обстоятельство часто затрудняет определение локализации кровотечения. При массивном кровотечении развиваются симптомы острой кровопотери: общая слабость, бледность, тахикардия, одышка, снижение АД, холодный пот, головокружение, тошнота, рвота (центрального происхождения).

Неотложная помощь. 1. Покой. 2. Местно холод. 3. Аминокапроновая кислота (100 мл) внутрь. 4. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода питуитрин 1мл п/к, викасол 2—3 мл 1% р-ра в/м, кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна в хирургическое отделение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЕ может быть различной интенсивности — от кровохарканья (примесь крови в мокроте, выделение небольших сгустков при кашле) до профузного.

Причины: туберкулез, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, инфаркт, абсцесс, некоторые формы пневмонии, застойные явления в малом кругу кровообращения (стеноз митрального отверстия), геморрагический диатез.

Симптомы. Кашель. Наличие в мокроте крови. При струйном кровотечении кровь алая, пенистая или темная, иногда с черными сгустками и примесью мокроты. Кровь идет через рот и лишь при обильном кровотечении может выделяться и через нос. Больные жалуются на чувство распирания и жжения в груди. Пульс, дыхание учащаются. В легких выслушиваются влажные хрипы.

Дифференциальный диагноз — с кровотечениями из носа, пищевода, желудка.

Неотложная помощь. 1. Придать больному полусидячее положение. 2. Кальций-хлорид или глюкопат

10 мл 10% р-ра, викасол 2—3 мл 1% р-ра, аскорбиновая кислота 10 мл 5% р-ра в/в. 3 . Димедрол 1 мл 1% р-ра в/м или в/в. 4. Анальгин 1—2 мл 50% р-ра в/в. 5. При мучительном кашле внутрь кодеин 0,02 г. 6. Атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к.

Госпитализация обязательна в хирургическое отделение, при кровохарканьи — в туберкулезное или терапевтическое (в зависимости от характера заболевания).

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ (см. «Аборт», «Беременность внематочная», «Кровотечение атоническое и гипотоническое после родов», «Кровотечение позднее послеродовое», «Предлежание плаценты», «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», «Пузырный занос», «Разрыв мягких тканей родовых путей», «Разрыв тела матки», «Геморрагическая метропатия», «Меноррагия», «Метроррагия», «Разрыв и кровоизлияние в яичник», «Ювенильное кровотечение»).

КРОВОТЕЧЕНИЕ НОСОВОЕ. Возникает при травме (ушиб, ранение, перелом костей носа), воспалительных процессах слизистой оболочки и сосудов носа (грипп, скарлатина и др.), перегреваниях организма (тепловой удар), гипертонической болезни, артериосклерозе, геморрагическом диатезе, новообразованиях полости носа и др.

Симптомы. Диагностика не представляет трудностей. Дифференциальный диагноз — с легочным, иногда желудочным кровотечением. Истекающая из носа, иногда изо рта (при затекании в носоглотку) кровь темного цвета со сгустками, без примесей мокроты. Кровотечение не связано с кашлем.

Неотложная помощь. 1. Придать полусидячее положение с запрокинутой головой. 2. Умеренно сжать крылья носа, на переносицу холод. 3. При отсутствии эффекта в преддверие носа ввести ватный тампон, смоченный 3% р-ром перекиси водорода. 4. При неэффективности и этого приема произвести тугую переднюю тампонаду полости носа стерильной марлевой полоской, смоченной тромбином, перекисью водорода, вазелином. При кровотечениях из задних отделов носа — заднюю тампонаду. 5. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра, викасол 1—2 мл 1% р-ра в/в.

Госпитализация показана в неподдающихся гемостатической терапии случаях в оториноларингологическое отделение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОСТИ РТА. Возникает из распадающейся опухоли, из луночки разорванной дес-

ны после удаления зуба, при язвенном и некротическом стоматите, на фоне заболеваний крови (болезнь Верльгофа, гемофилия и др.) Кровотечение может быть значительным, угрожающим развитием явлений острого малокровия.

Симптомы. Диагностика не представляет трудностей. Наличие кровотечения из полости рта определяется при осмотре больного. и с помощью анамнеза.

Неотложная помощь. 1. При сильном артериальном кровотечении уложить на живот (во избежание аспирационной асфиксии). 2. При ранении крупных сосудов языка, челюстей пальцевое прижатие сонной артерии к поперечным отросткам шейных позвонков. 3. При кровотечении из сосудов лица пальцевое прижатие, наложение давящей повязки. 4. Местно холод. 5. Если перечисленные меры неэффективны, после очистки полости рта от сгустков крови обнаружить кровоточащий сосуд и наложить на него кровоостанавливающий зажим. 6. На кровоточащую после экстракции зуба лунку накладывают тампоны, смоченные в 3% р-ре перекиси водорода. При упорном кровотечении лунку туго тампонируют полоской марли, сверху накладывают марлевый шарик и предлагают больному крепко сжать челюсти.

Госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии или стоматологическое отделение показана при сильном кровотечении, когда его не удается остановить мерами неотложной помощи. Транспортировать больных с кровотечением из челюстно-лицевой области следует в положении сидя с несколько опущенной головой или лежа на животе с повернутой на бок головой (лицом к сопровождающему медицинскому работнику).

КРОВОТЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЕ. Различают выделение крови с мочой (гематурия) и выделение крови из уретры, не связанное с мочеиспусканием (уретроррагия). Гематурия возникает при травмах, туберкулезе, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, мочекаменной болезни, воспалительных заболеваниях почек, мочевого пузыря, предстательной железы. Гематурия может возникнуть при передозировке антикоагулянтов кумаринового ряда и др.

Симптомы. При гематурии моча приобретает красновато-бурый цвет. Гематурия опухолевого происхождения обычно сопровождается болевыми ощущениями, расстройством мочеиспускания. Обтурация мочеточника кровяными сгустками может вызвать почечную колику. При почечно-каменной болезни гематурии так-

же предшествует колика. В зависимости от времени появления окрашенной кровью мочи различают начальную (выделяется кровь, а затем чистая моча), конечную (кровь появляется в конце мочеиспускания) и тотальную (моча окрашена на протяжении всего акта мочеиспускания) гематурию. Уретроррагия возникает при повреждениях и заболеваниях только уретры.

Неотложная помощь. 1. Покой. 2. При травмах, сочетающихся с повреждением мочевых органов и костей таза, уложить больного на щит. 3. При сильном кровотечении викасол 1—2 мл 1% р-ра, кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра, аскорбиновая кислота 1 мл 5% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна в урологическое отделение. При травмах, сочетающихся с переломами тазовых костей, позвоночника — в травматологическое отделение.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ОСТРАЯ. Непроходимость кишечника может быть полной и частичной, вызываться различными причинами, но клиническая картина ее типична. В зависимости от того, чем вызвана непроходимость различают две основные ее разновидности: механическую и динамическую непроходимость.

Механическая непроходимость может быть обтурационной (сужение просвета кишки опухолью, инородным телом, клубком глистов, рубцеванием, резким перегибом) и странгуляционной (заворот кишки, сдавление и ущемление ее спайками и тяжами, образовавшимися в брюшной полости после перенесенного ранее перитонита, и т. д.).

Динамическая непроходимость развивается в тех случаях, когда нарушается двигательная функция кишечника. Это может произойти при резко выраженном спазме кишки на отдельном ее участке (спастическая непроходимость) и, наоборот, при параличе кишечной стенки (паралитическая непроходимость).

Во всех случаях ранняя диагностика является одним из основных условий успешного исхода лечения. Смертность от кишечной непроходимости находится в прямой зависимости от сроков оперативного хирургического вмешательства.

Клиническая картина острой кишечной непроходимости во многом зависит от места расположения, типа и степени непроходимости, а также причин, вызвавших ее.

Симптомы. Заболевание начинается, как правило,

с боли в животе. При странгуляции боли острые, чрезвычайно интенсивные и обычно схваткообразные. При обширном завороте тонкой кишки может быстро развиться болевой шок. Для обтурационной непроходимости характерны менее интенсивные боли с постепенным их нарастанием. Первоначально боль локализуется в зоне патологического процесса, позже становится разлитой. С увеличением сроков заболевания в результате пареза кишечника острота болей ослабевает и характер их меняется. Прекращение болей без улучшения общего состояния больного указывает на некроз кишечной петли.

Другим постоянным признаком кишечной непроходимости является тошнота и рвота. Обычно эти явления возникают одновременно с болями или несколько позднее. В зависимости от сроков заболевания содержание рвотных масс меняется (вначале съеденная пища, затем желчь, а на более поздних этапах кишечное содержимое с каловым запахом).

Аппетит исчезает. Вследствие обезвоживания организма (рвота) появляется неутолимая жажда.

Основным симптомом кишечной непроходимости является задержка стула и кишечных газов. В ряде случаев, особенно при высокой кишечной непроходимости, возможен однократный, а иногда и повторный стул за счет содержимого, которое осталось в кишечнике ниже места препятствия. Однако облегчения у больного не наступает.

Частым симптомом механической непроходимости кишечника является вздутие живота. При высокой непроходимости оно бывает незначительным и локализованным в эпигастральной области, при низком — распространенным, охватывающим весь живот. Часто заметна асимметрия живота. При его пальпации в первые часы заболевания отмечается болезненность во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины (напряжение передней брюшной стенки, Блюмберга — Щеткина) появляются в более поздние сроки при явлениях разлитого перитонита. Иногда может определяться симптом Валя — наличие неподвижной растянутой кишечной петли, при легком толчке дающей звук плеска. При выслушивании живота определяется усиленная перистальтика, которая с удлинением сроков заболевания постепенно ослабевает. Полное отсутствие звуков перистальтики указывает на наступление паралича кишечника. При перкуссии в запущенных случаях в отлогих отделах живота определяется притупление.

Важным подспорьем в диагностике является пальцевое исследование прямой кишки. Оно позволяет обнаружить наличие инородного тела в прямой кишке, инфильтрата или новообразования в малом тазу, низкую обтурацию каловыми массами, иногда инвагинацию. Этим методом можно выявить так называемый симптом Обуховской больницы (зияющий сфинктер, пустая и раздутая ампула прямой кишки).

Общее состояние при острой кишечной непроходимости обычно быстро ухудшается, черты лица заостряются, язык становится сухим, пульс вначале остается без изменений или становится реже, с развитием перитонита учащается до 120—140 ударов в мин.

Неотложная помощь. На догоспитальном этапе возможно симптоматическое лечение, противошоковые мероприятия (см. «Шок травматический»).

Применение слабительных и болеутоляющих средств недопустимо!

Транспортировка в лежачем положении.

Госпитализация срочная в хирургическое отделение.

ОЖОГИ ГЛАЗ. Могут быть лучевые, термические и химические. По тяжести делятся на следующие степени:

I степень (легкие) — гиперемия кожи век, конъюнктивы, поражение поверхностного слоя роговицы (нежное помутнение, иногда эрозии). Последствий не оставляет.

II степень (средней тяжести) — пузыри на коже век, отек и помутнение конъюнктивы. Роговица серовато-мутная, может быть большая эрозия. Оставляет небольшие рубцовые изменения век, поверхностное помутнение роговицы.

III степень (тяжелые) — некроз кожи век, всей толщи роговицы и конъюнктивы. Конъюнктива мутная, грязно-серого цвета, роговица имеет вид матового стекла. Может произойти сращение век между собой и с глазным яблоком.

IV степень (очень тяжелые) — некроз век, конъюнктивы, склеры, поражение всех слоев роговицы, которая имеет вид фарфоровой пластинки. Такие ожоги кончаются гибелью глаза.

Симптомы. Зависят от причины, вызвавшей ожог. Через 6—7 часов воздействия лучевой энергии на глаз появляется слезотечение, резкая боль, светобоязнь. Имеется небольшое раздражение конъюнктивы, особенно в области глазной щели, слущивание эпителия роговицы.

Для термических ожогов характерны острая боль, слезотечение, ухудшение зрения, отек век, образование

пузырей на коже век, отек и гиперемия конъюнктивы, помутнение роговицы. Химические ожоги имеют ту же симптоматику.

Неотложная помощь. 1. При термических и химических ожогах промыть глаз обильно в течение 5—10 мин струей воды (из резиновой груши или ундинки). 2. Закапать 0,25% р-р дикаина. 3. Удалить твердые частицы химического вещества. 4. Закапать 20% р-р сульфацила-натрия, за веки заложить тетрациклиновую или синтомициновую мазь. 5. При ожогах фосфором промыть глаз 1% р-ром сульфата меди.

Госпитализация в глазное отделение.

ОЖОГИ ТЕРМИЧЕСКИЕ. Повреждения тканей, вызванные термическими воздействиями (пламенем, паром, горячими жидкостями, раскаленными твердыми предметами).

Симптомы. Различают четыре степени ожога. Ожоги I степени характеризуются покраснением, отеком кожи и резкой болезненностью. При ожогах II степени покрасневшая и отечная кожа покрывается пузырями, заполненными желтоватым экссудатом. Ожоги III степени подразделяют на две подгруппы: IIIA и IIIБ. При ожогах IIIA степени поврежденная поверхность покрывается тонким светло-коричневым или белесовато-серым струпом. Он образуется в результате омертвения эпителия и поверхностных слоев дермы. Ожоги IIIБ степени характеризуются образованием плотного темно-коричневого струпа, возникающего вследствие омертвения всех слоев кожи. При ожоге IV степени наступает омертвение кожи и подлежащих тканей — подкожной клетчатки, фасций, мышц, костей.

При глубоких и обширных ожогах развивается ожоговый шок и наблюдаются тяжелые, длительные нарушения общего состояния организма, определяемые как ожоговая болезнь.

Ожоги I степени прогностически опасны, если повреждено более половины поверхности тела; ожоги II степени опасны при повреждении 1/3 поверхности тела, ожоги III степени — при повреждении менее 1/3 поверхности тела.

Неотложная помощь. 1. Устранить дальнейшее действие высокой температуры (потушить горящую одежду, вынести из очага пожара и т. д.) 2. Наложение асептической повязки. Если ожог обширный и закрыть его при помощи бинтов невозможно, следует воспользоваться стерильной простынью, полотенцем. 3. Симпто-

матическое лечение и противошоковое мероприятие (см. «Шок травматический»). 4. Утоление жажды, предпочтительно соляно-щелочной смесью: половина чайной ложки бикарбоната натрия и чайная ложка хлорида натрия на 1 литр воды.

При небольших ожогах I—II степеней больные могут быть направлены к травматологу, хирургу для первичной хирургической обработки обожженных участков кожи. Во всех остальных случаях госпитализация при обширных ожогах срочная в ожоговое, травматологическое или хирургическое отделения.

Транспортировка щадящая, в лежачем положении.

ОЖОГИ ХИМИЧЕСКИЕ. Вызываются чаще кислотами, щелочами.

Симптомы. На участке кожи, подвергшейся воздействию сильно действующего химического вещества, появляется покраснение, боль, отек, в тяжелых случаях некроз. При ожогах кислотами в ближайшие дни образуется сухой струп, при ожогах щелочами — колликвационный некроз.

Неотложная помощь. 1. Срочное смывание с кожи химического вещества обильной струей воды в течение 10 мин. Нейтрализация кислот слабыми растворами соды (гидрокарбоната натрия), а щелочей — слабыми растворами кислот (лимонной, борной, уксусной). 3. Наложение асептической повязки.

Госпитализация. Показания к госпитализации и правила транспортировки те же, что и при термических ожогах (см. «Ожоги термические»).

ОСТЕОМИЕЛИТ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТРЫЙ. Заболевают преимущественно дети и подростки. Чаще поражаются крупные трубчатые кости. В возникновении заболевания большое значение имеют травмы, охлаждение, сенсибилизация, наличие в организме очагов хронической гнойной инфекции (тонзиллит, отит, гнойничковые заболевания кожи и т. д.). Из первичного очага током крови инфекция заносится в ростковую зону кости, возникает воспаление костного мозга с захватом кортикального слоя и возможным прорывом гнойного процесса в поднадкостничное межмышечное пространство, а иногда и в смежный сустав. Процесс может осложниться патологическим переломом кости, сепсисом.

Симптомы. Начало заболевания острое. Головная боль, иногда рвота, менингиальные знаки. Температура тела повышается до 39—40°С. Пульс частый. Язык су-

хой, обложен. Бред. Местно вскоре появляются острые боли в конечности, отек и покраснение кожи, повышение местной температуры. Движения ограничены, положение конечности вынужденное, болезненность при нагрузке. С развитием флегмоны возникает флюктуация. Гнойный процесс может быть метастазирован в другие кости и органы.

Неотложная помощь. 1. Иммобилизация пораженной конечности. 2. Симптоматическое лечение.

Госпитализация в срочном порядке в хирургическое отделение. Перевозка в лежачем положении с транспортной иммобилизацией.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ МАСТИТ. Гнойное воспаление молочной железы, чаще возникает у рожениц в лактационный период.

Симптомы. Заболевание часто возникает в первые недели после родов. Появляется незначительная местная боль и уплотнение молочной железы. Затем боль усиливается, развивается общая слабость, головная боль, озноб. Температура тела повышается до 39—40°С. Местно определяется плотный инфильтрат без четких границ. Позже наступает его размягчение и флюктуация. Кожа над инфильтратом гиперемирована. Регионарные лимфатические железы увеличены и болезненны.

Неотложная помощь. 1. Сцеживание молока молокоотсосом. 2. Иммобилизация железы повязками. 3. Назначение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. 4. Консультация хирурга.

Госпитализация в хирургическое отделение при тяжелой клинической картине с наличием септических явлений.

ОСТРЫЙ ЖИВОТ. Клиническую картину острого живота могут давать острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, острый перитонит, прободение органов брюшной полости (желудка, кишечника и др.) ущемленная грыжа, острый панкреатит, острый холецистит, тромбозы мезентериальных сосудов, заворот кишок, острое расширение желудка, внематочная беременность, разрыв пиосальпинкса, перекрут ножки кисты яичника, острый воспалительный процесс в придатках матки, травматические повреждения органов брюшной полости и др.

Симптомы. Основными признаками, свидетельствующими о катастрофе в брюшной полости, являются: внезапное возникновение выраженных постоянных или

схваткообразных болей по всему животу или в каком-либо из его отделов; тошнота и рвота; часто задержка стула и прекращение отхождения кишечных газов. Ограниченное или распространенное напряжение мышц брюшного пресса, положительный симптом Блюмберга—Щеткина и др. В дальнейшем быстро развивается тяжелое общее состояние: беспокойство, явления интоксикации, учащение пульса, бледность, холодный липкий пот на лице и др.

Неотложная помощь. При наличии признаков острого живота или подозрений на него больной должен быть срочно госпитализирован в хирургическое отделение. До момента госпитализации и установления точного диагноза запрещается назначение болеутоляющих и наркотических средств, слабительных, клизмы. Исход заболевания находится в прямой зависимости от сроков хирургического (в большинстве случаев оперативного) лечения.

Транспортировка в лежачем положении.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ. Острое гнойное воспаление параректальной клетчатки. Предрасполагающие факторы: некоторые заболевания прямой кишки и заднего прохода, запоры, понос.

Среди возбудителей, вызывающих парапроктит, чаще всего обнаруживается кишечная палочка.

Симптомы. Заболевание начинается остро, с появления боли в области заднего прохода, промежности, усиливающейся при дефекации, иногда носящей пульсирующий характер. Температура тела повышается до 38—39°С. Развивается общая слабость, учащается пульс, нарушается сон. Может наступить расстройство мочеиспускания и дефекации (задержка).

Местно определяется припухлость и покраснение в области заднего прохода. При пальцевом ректальном исследовании определяется болезненное уплотнение стенки прямой кишки. При прорыве параректального абсцесса в просвет прямой кишки или в места вокруг анального отверстия образуются свищи, трудно поддающиеся последующему лечению.

Неотложная помощь. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение и немедленное хирургическое лечение. Задержка приводит к тяжелому состоянию.

ОТИТ ОСТРЫЙ (воспаление среднего уха). У детей грудного и раннего возраста острые отиты встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Отит возникает в

случае попадания инфекции в среднее ухо при насморке, аденоидах, усиленном сморкании и особенно при острых инфекционных заболеваниях (грипп, корь, скарлатина) и заболеваниях, снижающих сопротивляемость организма.

Симптомы. Резкие боли в ухе, понижение слуха, шум в ушах, повышение температуры (у детей до 40°). При осмотре — гиперемия, затем выпячивание барабанной перепонки. В дальнейшем возможно ее прободение и гноетечение из уха. Температура после этого падает, все субъективные явления проходят. Течение в основном зависит от общего состояния организма. Наиболее частые осложнения — мастоидиты, воспаление внутреннего уха (лабиринтит), реже внутричерепные осложнения (менингит, абсцесс мозга) и сепсис.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 1—2 мл 50% р-ра в/м. 2. Закапывание в ухо борного спирта. Госпитализация в лор-отделение при осложнениях.

ОТМОРОЖЕНИЯ. Повреждение тканей, возникающее вследствие длительного воздействия на них низкой температуры. Различают местные отморожения и общее замерзание. Низкая температура в сочетании с фактором времени имеет решающее значение в возникновении отморожений. Предрасполагающими моментами являются влажность воздуха, ветер, усталость, истощение, тесная обувь, пожилой возраст, опьянение.

Наиболее часто отморожению подвергаются кончик носа, уши, кисти, стопы, особенно пальцы, которые слабее защищены от холода одеждой и находятся в наиболее неблагоприятных условиях кровообращения.

Симптомы. Различают четыре степени отморожения. Сначала чувство холода, потом небольшая боль и покалывание в пораженном участке, затем потеря чувствительности и резкая бледность кожи на месте поражения — это I степень. Появление пузырей с мутным и кровянистым содержимым после отогревания пораженного участка кожи свидетельствует о II степени отморожения. III степень характеризуется появлением на месте поражения синюшности, обширных пузырей, струпа. При IV степени наступает полное омертвение и более глубоких тканей.

Длительное охлаждение всего организма может привести к замерзанию: озноб с типичным дрожанием конечностей, головокружение, общая слабость, постепенно переходящая в сонливость. При отсутствии помощи наступает потеря сознания, нарушается деятельность

сердца, дыхания. Смертельное снижение температуры тела составляет 30—25°С.

Неотложная помощь. При любой степени отморожения первая помощь — общее согревание. 1. При отморожении I степени легкий массаж поврежденного участка. 2. При наличии пузырей, струпов и некроза — согревание участка с последующим наложением асептической и утепляющей повязки. Согревать лучше в воде, в которую добавляется калия перманганат. Температуру воды постепенно (в течение 40—60 мин) повышают от 18—20°С до 37—39°С. 3. Горячие напитки (чай, кофе). 4. Кордиамин 1 мл, при болях промедол 1 мл 1% р-ра, димедрол 1 мл 1% р-ра п/к, новокаин до 10 мл 0,5% р-ра с глюкозой (10—20 мл 40% р-ра) в/в.

При замерзании: 1. Общий согрев пострадавшего, растирание всего тела в теплом помещении, теплая ванна (37—40°С) и массаж в ней с помощью намыленных мочалок. При сохраненном сознании — горячее питье. 2. Кальций-глюконат 10 мл 10% р-ра, глюкоза 40—60 мл 40% р-ра, витамины B_1 (1 мл 5% р-ра), B_{12} (200 мкг), аскорбиновая кислота (1—2 мл 5% р-ра) в/в. 3. При необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

Госпитализация: при отморожении II—IV степени — в хирургическое (ожоговое) отделение, с симптомами общего замерзания и явлениями нарушения дыхания и кровообращения — в отделения реанимации, без этих явлений — в терапевтическое отделение.

ПАНКРЕАТИТ ОСТРЫЙ. Воспаление поджелудочной железы. По течению различают три формы заболевания: острый отек поджелудочной железы; геморрагический некроз; гнойный панкреатит.

Чаще встречается в возрасте 30—50 лет. Определяющим моментом в развитии острого панкреатита является активизация панкреатических пищеварительных ферментов, приводящих к аутолизу ткани поджелудочной железы. Предрасполагающими причинами чаще всего оказываются заболевания выводных протоков печени и поджелудочной железы, гастрит, отравления химическими веществами, травмы, большие алиментарные нагрузки, особенно прием жирной пищи и алкоголя.

Симптомы. Заболевание, как правило, начинается остро, с появления чрезвычайно сильных болей в подчревной области. Боли бывают мучительными и иногда настолько интенсивными, что приводят к потере со-

знания. Они имеют разнообразную локализацию — в зависимости от того, какая часть органов вовлечена в процесс. При поражении головки и тела поджелудочной железы боли локализуются в эпигастральной области; при поражении хвоста — в верхней левой половине живота. Часто боли носят опоясывающий характер, иррадиируют в правое и левое подреберье, в спину, в поясницу, лопатку, за грудину, распространяются на весь живот. Они бывают постоянными или носят коликообразный характер. Пытаясь облегчить боль, больные принимают вынужденное положение тела.

Другим характерным симптомом является упорная, мучительная, иногда неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Рвотные массы не имеют определенного характера и никогда не бывают каловыми. Кожные покровы бледны, на коже живота возможно появление цианотических пятен, иногда бывает желтушность, язык обложен. Живот вздут в эпигастральной области, часто наблюдается картина паралитической кишечной непроходимости. Мышцы живота слегка напряжены, симптом Блюмберга — Щеткина положительный. Пульс в начале заболевания замедлен, при ухудшении состояния становится частым, мягким и не соответствует температуре тела. АД чаще понижено.

При постановке диагноза острого панкреатита необходима дифференциальная диагностика с острым холециститом, прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой, тромбозом мезентериальных сосудов, атипичными формами острого аппендицита, пищевой токсикоинфекцией, нижнедолевой пневмонией.

Заболевание часто протекает сочетанно, в виде холецистопанкреатита.

Неотложная помощь. 1. Для уменьшения болей — холод на эпигастральную область. 2. Атропин 1 мл 0,1% р-ра, димедрол 1 мл 1% р-ра, глюкоза 10—20 мл 40% р-ра в/в. 3. По показаниям — сердечно-сосудистые средства. 4. При необходимости — противошоковые мероприятия (см. «Шок травматический»).

Болеутоляющие не вводить!

Госпитализация срочная в хирургическое отделение (на носилках).

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ. Нарушение целостности кости (перелом) всегда сопровождается повреждением мягких тканей (мышц, связок, кровеносных сосудов, нер-

вов). Степень их повреждения зависит от характера и вида перелома.

По виду и направлению линии перелома различают поперечные, косые, винтообразные, компрессионные, оскольчатые, вколоченные переломы со смещением и без смещения отломков.

В зависимости от степени нарушения целостности кости переломы делятся на полные (полное нарушение непрерывности костей), неполные (связь между частями кости нарушена не на всем протяжении — трещина, надлом) и отрывные. У детей часто встречается особая форма нарушения целостности кости: эпифизеолиз — разрыв кости по линии росткового эпифизарного хряща.

Различают также закрытые переломы, при которых целость кожных покровов в области перелома не нарушена, и открытые, когда наряду с переломом кости повреждены и кожные покровы.

Открытые переломы значительно опаснее закрытых, так как, кроме повреждения кости, имеется еще и кожная рана, в которую могут проникнуть микробы и вызвать тяжелое гнойное заболевание. Открытые переломы могут сопровождаться кровотечением, порой значительным. При повреждении крупных нервных стволов развиваются параличи с нарушением функции конечности.

Основными местными симптомами переломов являются боль и припухлость (гематома) на месте повреждения, крепитация при пальпации, деформация поврежденной области, патологическая подвижность, (смещение кости вне сустава) и нарушение функции поврежденной конечности.

Из общих изменений отмечаются бледность кожных покровов, учащение пульса, в тяжелых случаях могут развиться явления травматического шока (см. «Шок травматический»).

Неотложная помощь (общие принципы). 1. Иммобилизация — создание неподвижности и полного покоя поврежденной конечности. Достигается фиксацией стандартными шинами суставов, прилежащих к сломанной кости. При отсутствии шин можно воспользоваться подручными средствами (куски фанеры, дощечки, картон и т. п.) Допустимо прибинтование верхней конечности к туловищу или поврежденной нижней конечности к здоровой. 2. Для предупреждения травматического шока промедол 1 мл 1% р-ра п/к, в место перело-

ма — новокаин 150—250 мл 0,25—0,5% р-ра. 3. При открытых переломах остановка кровотечения (см. «Кровотечение»), наложение асептической повязки на рану. 4. В случае развития шокового состояния — соответствующее лечение (см. «Шок травматический»).

Госпитализации подлежат больные: с открытыми переломами, с переломами крупных костей, с внутрисуставными переломами; с множественными переломами, при сочетании перелома с повреждением других органов (мозга, внутренних органов и др.) и т. п. в тяжелом состоянии.

Больные с неосложненными переломами ключицы, одной кости предплечья, костей кисти и стопы, одной лодыжки без смещения направляются в травмпункт, хирургический кабинет поликлиники.

Транспортировка больных с повреждениями верхней конечности — сидя, с повреждениями костей других анатомических областей — лежа на носилках.

Транспортировка больных с тяжелыми переломами — на носилках в сопровождении медицинского работника.

Переломы костей черепа. Возникают в результате травмы головы. Различают переломы костей свода и основания черепа. Тяжесть травмы черепа зависит от локализации перелома, степени повреждения мозга, сосудов и черепно-мозговых нервов.

Переломы костей свода черепа происходят под непосредственным воздействием силы на месте ее воздействия. Повреждения свода черепа бывают в виде трещин и оскольчатых переломов, с вдавлением и без вдавления костных отломков. Переломы бывают открытыми (при нарушении целостности кожных покровов) и закрытыми, с повреждением твердой мозговой оболочки (проникающие переломы) и без повреждения ее (мозговая оболочка чаще повреждается при оскольчатых переломах свода черепа).

При нарушении целостности мозговых сосудов может наступить внутричерепное кровоизлияние, которое в свою очередь ведет к сдавлению головного мозга.

Симптомы. При сохраненном сознании больные жалуются на боль в месте перелома. При закрытом переломе свода на месте перелома часто образуется гематома, при ощупывании иногда удается определить вдавление кости и край ее на границе вдавления. Переломы лобной кости могут сопровождаться подкожной эмфиземой. Почти всегда при переломе костей свода

черепа наблюдаются симптомы сотрясения и ушиба головного мозга. При внутричерепном кровотечении отмечается повышение внутричерепного давления.

При открытых переломах перечисленные симптомы дополняются наличием раны. В некоторых случаях при проникающих переломах из раны могут вытекать кровь, спинномозговая жидкость, а иногда и мозговое вещество. При проникающих переломах и вдавлениях костных осколков особенно выражены общие симптомы.

Переломы основания черепа возникают вследствие непрямой травмы (падение на ноги, на ягодицы, на голову, удар в подбородок и т. д.) и являются тяжелой черепно-мозговой травмой. Их можно назвать закрытыми лишь условно, потому что в ряде случаев при повреждении костей носа через носоглотку и уши возникает прямая связь между полостью черепа и внешней средой, что угрожает проникновением инфекции и последующим воспалением мозговых оболочек.

Симптомы. Почти всегда переломы костей основания черепа сопровождаются потерей сознания. Придя в сознание, больные жалуются на головную боль. В области глазниц, в конъюнктиве и области сосцевидных отростков появляются кровоподтеки, которые, в отличие от таковых при непосредственной травме, выявляются не сразу, а спустя сутки и больше.

Кровоподтеки в окологлазничную впадину («симптом очков») характерны для перелома в области передней, а иногда средней черепной ямки. Кровотечение из носа (носоглотки) указывает на перелом решетчатой кости, а из уха — на повреждение барабанной перепонки и скуловой части височной кости. Истекание из ушей и носа спинномозговой жидкости указывает на повреждение твердой мозговой оболочки и подпаутинного пространства.

Неотложная помощь. 1. Обеспечение физического и психического покоя. Уложить с приподнятой головой, расстегнуть ворот, к голове приложить холод. При открытом переломе на рану наложить асептическую повязку. 2. При отсутствии сознания проверить проходимость верхних дыхательных путей, уложить пострадавшего на бок (для предупреждения аспирации крови, слизи, ликвора). 3. При нарушениях дыхания и сердечно-сосудистой деятельности камфорное масло 2 мл 20% р-ра, кофеин 1 мл 10% р-ра, эфедрин 1 мл 5% р-ра п/к. 4. Кальция глюконат 10 мл 10% р-ра, витамин B_1 1 мл 5% р-ра, кислота аскорбиновая 2 мл 5%

р-ра, новокаин 10—15 мл 0,5% р-ра в/в. 5. Кислород. Опиаты не вводить (возможность остановки дыхания)! При остановке дыхания провести комплекс реанимационных мероприятий.

Госпитализация немедленная в нейрохирургическое, травматологическое или хирургическое отделение. Транспортировка бережная на носилках, голову уложить на подушку, повернуть на бок.

Переломы челюстей. Чаще встречаются переломы нижней челюсти, которые вызываются прямой травмой. Они могут быть закрытыми и открытыми. *Перелом верхней челюсти* нередко сочетается с переломом скуловой дуги, костей носа. Различают переломы альвеолярного отростка и тела верхней челюсти. При переломе альвеолярного отростка происходит надлом или отрыв его передней части.

Перелом тела верхней челюсти, относится к числу наиболее тяжелых повреждений лицевого скелета. Обычно он происходит в местах соединения челюсти с другими костями и основанием черепа. Переломы верхней челюсти могут сочетаться с переломом основания черепа.

Симптомы. Переломы верхней челюсти почти всегда сопровождаются обезображением лица. Оно удлинено, рот полуоткрыт, прикус нарушен, слюна окрашена кровью, иногда кровотечение из носа. Кровоизлияние в клетчатку век и в склеру. Боль в области перелома. Иногда определяется патологическая подвижность. Открытые переломы при ранениях могут сопровождаться сильным и весьма опасным кровотечением (при повреждениях височной, наружной челюстной и других крупных артерий лица и их ветвей).

Неотложная помощь. 1. Борьба с асфиксией: при западении языка — подтянуть его вперед и зафиксировать, удалить кровь и рвотные массы из полости рта. 2. Борьба с кровотечением: пальцевое прижатие, давящая повязка, наложение кровоостанавливающего зажима. 3. Осторожное поднятие опустившейся верхней челюсти и фиксация ее круговой повязкой к нижней челюсти. Наложение пращевидной повязки.

Госпитализация срочная в челюстно-лицевое отделение (на носилках, с повернутой в сторону повреждения головой).

Перелом нижней челюсти встречается значительно чаще, чем перелом других костей лицевого скелета и отличается значительным смещением отломков. Встре-

чаются также двойные и множественные переломы нижней челюсти.

Симптомы. Нарушается речь, жевание, акт глотания. Рот, как правило, полуоткрыт, отмечается сильное слюноотделение (до 1,5—2 л слюны в сутки). При ощупывании — боль и патологическая подвижность в месте перелома. Лицо асимметрично, нарушается прикус. Нередко переломы нижней челюсти сопровождаются повреждениями зубов и альвеолярных отростков. Может быть западение языка и отломков костной ткани, что затрудняет дыхание или угрожает асфиксией.

Неотложная помощь. 1. Круговая марлевая повязка, фиксирующая нижнюю челюсть к верхней. 2. При смещении языка и отломков для предупреждения асфиксии пострадавшего следует уложить лицом вниз, зафиксировать выдвинутый вперед язык. 3. Борьба с кровотечением. 4. Поддерживающая пращевидная повязка.

Госпитализация в челюстно-лицевое отделение. Транспортировка, в зависимости от общего состояния больного, сидя или лежа (голова повернута в сторону повреждения).

Переломы ключицы. Возникают часто при ушибе или под воздействием непрямой травмы, например, при падении на вытянутую руку, локоть, ударе по локтю в направлении плеча.

Различают поперечные, косые и оскольчатые переломы ключицы. У детей часто встречаются поднадкостничные переломы ключицы.

Симптомы. На месте перелома отмечается припухлость, деформация и укорочение поврежденной ключицы (при смещении). Верхняя конечность (на стороне перелома) опущена, голова, как правило, наклонена в сторону перелома. Активные и пассивные движения в плечевом суставе вызывают боль в области перелома. При открытом переломе из раны может выступать конец отломка кости.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра п/к. 2. Оба плечевых сустава максимально отвести кзади и зафиксировать восьмиобразной повязкой или кольцами. Можно наложить повязку Дезо или повязку-косынку.

Госпитализация при открытом переломе или при переломе с большим смещением, ранением крупных сосудов — в травматологическое или хирургическое от-

деление. Транспортировка. в положении сидя. В остальных случаях — в травматологический пункт.

Перелом ребер (см. «Травмы грудной клетки»).

Перелом лопатки. Встречается редко и возникает вследствие прямого удара. Чаще встречается перелом шейки и акромиального отростка лопатки.

Симптомы. При переломе шейки лопатки плечо опущено, надплечье увеличено, движения в плечевом суставе резко ограничены из-за болезненности.

Перелом акромиального отростка вызывает ограничение движений в плечевом суставе, пальпация в месте перелома болезненна. При разрыве ключично-акромиального сочленения от надавливания на акромиальный конец ключица смещается вниз, а затем быстро возвращается в исходное положение (симптом «клавиша»).

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра п/к. 2. Иммобилизация верхней конечности повязкой Дезо или проволочной шиной.

Переломы лопатки обычно лечат амбулаторно. Больные направляются в травмпункт.

Перелом плеча. Различают перелом проксимального и дистального эпифиза, а также диафиза.

Перелом *проксимального* эпифиза плечевой кости наступает при падении на локоть или на вытянутую руку. Различают переломы головки, анатомической шейки (внутрисуставные), чрезбугорковые переломы, переломы хирургической шейки (внесуставные) и отрывы большого бугорка плечевой кости.

Симптомы. Плечевой сустав увеличен за счет отека и кровоизлияния. Движения ограничены или невозможны из-за болей. Поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. В месте перелома определяется патологическая подвижность, крепитация. Клинические проявления меньше выражены при вколоченном переломе.

Перелом *диафиза* — наиболее частый перелом плечевой кости и занимает более 50% от числа всех переломов плеча. Наступает как от прямого удара по плечу, так и при падении на локоть, резком движении (метании гранаты и др.). У взрослых перелом диафиза плечевой кости всегда полный (поперечный, косой, винтообразный, оскольчатый), у детей — поднадкостничный. Чаще наблюдаются переломы в средней трети плеча, где поперечник кости наиболее узок.

Симптомы. Боль, патологическая подвижность,

резкая деформация. При пальпации четко прощупываются отломки кости. Часто травмируется лучевой нерв, при этом обнаруживается нарушение кожной чувствительности и невозможность разгибания пальцев кисти.

Переломы *дистального эпифиза* плечевой кости делят на внутрисуставной (чрезмыщелковый) и внесуставной (надмыщелковый). Внесуставные переломы в зависимости от механизма травмы делят на разгибательные (при падении на вытянутую руку) и сгибательные (при падении на резко согнутый локоть).

Симптомы. Деформация нижней трети плеча и локтевого сустава. Предплечье согнуто, движения в локтевом суставе резко болезненны.

При чрезмыщелковых переломах нарушается соотношение линий, соединяющих мыщелки и локтевой отросток (сравнить со здоровой стороной).

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра, димедрол 1 мл 1% р-ра п/к. 2. Иммобилизация поврежденной конечности длинной проволочной шиной — от кисти (рука согнута под прямым углом в локтевом суставе и приведена к туловищу) по задней поверхности плеча с переходом на плечевой пояс до лопатки здоровой стороны. Конечность подвешивается на косыночной перевязи.

Госпитализация в травматологическое или хирургическое отделение.

Перелом костей предплечья. Различают переломы проксимального эпифиза, диафиза и дистального эпифиза.

Перелом проксимального эпифиза разделяется на перелом локтевого и венечного отростков локтевой кости и перелом головки и шейки луча. Возникают эти переломы в основном при падении на локоть (удар по локтю) или вытянутую руку.

Симптомы. Боль и отечность в месте перелома, нарушение функции конечности. При переломе локтевого отростка характерно полусогнутое положение руки (рука свисает), пострадавший поддерживает ее здоровой рукой. При переломе венечного отростка определяется припухлость в области локтевого сгиба и болезненность при пальпации. При переломе головки или шейки лучевой кости определяется резкая болезненность в области наружного отдела локтевого сгиба и нарушение вращательных движений предплечья. Иногда при этом ощущается костный хруст. Предплечье находится в положении пронации и согнуто в локтевом суставе.

Переломы *диафиза* костей предплечья. Возникают от непосредственного удара. Наблюдаются переломы как одной, так и двух костей на одном (чаще) или на разных уровнях. Иногда переломы сопровождаются вывихом лучевой кости. У детей переломы диафизов предплечья, как правило, поднадкостничные («зеленая веточка»).

Симптомы. Боль при осевой и фронтальной нагрузке, отечность (при смещении отломков — деформация), патологическая подвижность.

Неотложная помощь. Накладывают шину типа Крамера по задней поверхности поврежденной конечности с захватом кисти, предплечья и плеча, образуя прямой угол в локтевом сгибе.

Больные с повреждениями одной кости направляются в травмпункт; обеих костей — в стационар травматологического, хирургического отделения.

Перелом *дистального эпифиза* костей предплечья. Наиболее частый перелом костей предплечья. Его называют еще переломом предплечья (лучевой кости) в типичном месте. Возникает при падении с упором на разогнутую (экстензионный перелом) или на согнутую (флексионный перелом) кисть. Часто сопровождается отрывом шиловидного отростка локтевой кости, что приводит к образованию штыкообразной деформации.

Симптомы. Наличие штыкообразной деформации и выпуклости на ладонной поверхности, припухлость, локальная болезненность при пальпации и нагрузке по оси, резкое ограничение движения в лучезапястном суставе указывает на перелом костей предплечья в дистальном конце.

Неотложная помощь. Предплечье и кисть фиксируют по ладонной поверхности шиной типа Крамера (или фанерной). Конечность на косыночной повязке.

Госпитализация не показана. Больной с переломом костей предплечья в типичном месте направляется в травмпункт или хирургическое отделение поликлиники для амбулаторного лечения.

Перелом костей запястья. Происходит главным образом при падении с опорой на разогнутую кисть, реже при прямой травме. Чаще повреждается ладьевидная кость.

Симптомы. Отек и сглаженность анатомической табакерки, локальная болезненность при давлении на область последней, ограничение движений в лучезапяст-

ном суставе. Нагрузка по оси I и II пальцев болезненна. Невозможно сжатие кисти в кулак.

Неотложная помощь. Кисть и предплечье фиксируют проволочной или фанерной шиной по ладонной поверхности с подкладыванием под ладонь небольшого ватного валика.

Госпитализация не показана. Больного направляют в травмпункт, хирургическое отделение поликлиники для амбулаторного лечения.

Перелом костей пястья. Чаще встречается перелом I пястной кости. Механизм повреждения может быть прямым и непрямым.

Симптомы. Отечность, деформация, локальная болезненность. Осевая нагрузка на соответствующий палец резко болезненна.

Неотложная помощь. Иммобилизация. Шина накладывается на ладонную поверхность предплечья от кончиков пальцев до локтевого сустава. Под ладонь подкладывается ватный валик.

Госпитализация не показана. Больной направляется в травмпункт, хирургическое отделение поликлиники для амбулаторного лечения.

Перелом пальцев кисти. Чаще встречается при непосредственном действии механической силы на палец.

Симптомы. Боль, припухлость, деформация и укорочение фаланги. Осевая нагрузка на фалангу резко болезненна.

Неотложная помощь. Иммобилизация кисти и предплечья проволочной (фанерной) шиной.

Госпитализация не показана. Больной направляется в травмпункт, хирургическое отделение поликлиники для амбулаторного лечения.

Перелом позвоночника. Возникает при падении с высоты на ноги, ягодицы, при ударе по голове (компрессионные переломы), прямом ударе, чрезмерном сгибании (реже разгибании), кручении, чрезмерном сокращении мышц (отрывы остистых поперечных отростков позвоночника).

Нередко (до 26%) переломы позвоночника сопровождаются повреждениями спинного мозга (сотрясение, сдавление, частичный и полный разрыв). Различают переломы тел позвонков, дужек, остистых, поперечных и суставных отростков, комбинированные переломы. Переломы могут быть множественными, без смеще-

ния и со смещением. Чаще встречаются переломы позвоночника в грудном и поясничном отделе.

Симптомы. Определяются характером, локализацией и степенью повреждения спинного мозга. При переломе тел позвонков в месте повреждения определяется боль и выпячивание (кифоз) остистых отростков. Боль резко усиливается при легкой осевой нагрузке. Ниже выступающего остистого отростка имеется западение мягких тканей. Длинные мышцы спины резко напряжены.

При переломе поперечных отростков боли резко усиливаются при наклоне в здоровую сторону или повороте в постели на здоровый бок. При повреждении их в поясничном и нижнегрудном отделе больной не может согнуть ногу в тазобедренном суставе. Боли часто иррадиируют в ноги, живот, ребра и т. д., в зависимости от уровня перелома. В месте перелома всегда возникает гематома, отчетливо определяемая под кожей.

Повреждение спинного мозга, в зависимости от уровня, определяет тяжесть расстройств двигательной и чувствительной иннервации (паралич конечностей, расстройство функции тазовых органов, тетраплегия). При полном разрыве спинного мозга больные отмечают ощущение «внезапного отрыва конечностей». Особенно опасны переломы шейного отдела позвоночника, при которых возникают тяжелые нервные расстройства. Даже неосторожное перекладывание такого больного может привести к мгновенной смерти.

Неотложная помощь. 1. Обеспечить правильное положение больного на носилках и транспортировку в лечебное учреждение: уложить на щит в положении на спине и осторожно фиксировать ремнями или лямками. Под слегка согнутые в коленях ноги подложить небольшой валик. Перекладывать больного нужно очень осторожно, захватив одновременно за плечи, таз и нижние конечности. Если щита не окажется, больного перевозят на носилках в положении лежа на животе. 2. При переломе шейного отдела позвоночного столба — иммобилизация позвоночника вместе с головой шинами Крамера, картонными шинами или наложение ватного воротника (пострадавшего обкладывают ватой, которая фиксируется бинтом, поверх бинта опять вата и снова бинт — до образования плотного «воротника». 3. Промедол 1 мл 2% р-ра п/к или другой анальгетик. 4. При острой задержке мочи — катетеризация мочевого пузыря.

Госпитализация в травматологическое (при повреж-

дении спинного мозга — в нейрохирургическое) отделение. Транспортировать осторожно, избегая резких движений, внезапного торможения.

Перелом костей таза. Повреждение костей таза обычно является следствием падения на область таза, ударов каким-либо предметом, сдавления во время автомобильных и других транспортных аварий, обвала и падения больших грузов. Различают краевые переломы, переломы тазового кольца и переломы вертлужной впадины. Чаще встречаются переломы ветвей седалищной и лобковой костей. Переломы костей таза нередко сочетаются с повреждениями уретры, мочевого пузыря, прямой кишки.

Симптомы. Диагностика на месте происшествия обычно затруднена. Большое значение для установки диагноза имеет анамнез, выяснение обстоятельств травмы. Определяется локальная боль на месте перелома. В некоторых случаях наблюдается вынужденное положение больного с полусогнутыми в коленях и тазобедренных суставах ногами и разведенными бедрами (положение «лягушки»). Больной не в состоянии поднять вытянутые ноги (симптом «прилипшей пятки»). Осторожное сдавливание крыльев подвздошных костей навстречу друг другу или разведение их вызывают в местах перелома резкие болевые ощущения.

При тяжелых переломах костей таза в области вертлужной впадины и со смещением в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях наблюдается относительное укорочение конечностей.

В некоторых случаях перелом тазовых костей можно определить при пальцевом исследовании через прямую кишку или влагалище. Этот метод позволяет определить переломы крестца, копчика или костей переднего отдела тазового кольца.

Следует помнить, что при тяжелых травмах с повреждением костей таза, особенно заднего полукольца, могут встречаться обширные забрюшинные кровоизлияния (до 1,5—2 л крови), что обычно приводит к тяжелому шоку.

Истечение крови из наружного мочеиспускательного канала — несомненное свидетельство разрыва уретры.

Инфильтрация промежности — признак разрыва мочевого пузыря. Об этом свидетельствует также выделение мочи с примесью крови. Разрыв прямой кишки проявляется тенезмами и кровотечением из заднепроходного отверстия.

Переломы костей таза часто сопровождаются шоком (см. «Шок травматический»).

Неотложная помощь. 1. Пострадавшего уложить на щит в положении на спине с полусогнутыми слегка разведенными ногами. Под коленные суставы подложить валик из свернутого одеяла, одежды. Желательно умеренно стянуть таз широкой (20—30 см) полосой ткани или бинтом. 2. Промедол 1 мл 2% р-ра п/к, кордиамин 1 мл или камфора 2 мл 20% р-ра в/м.

Госпитализация срочная в траматологическое отделение, при переломах костей таза с повреждением внутренних органов — в соответствующее отделение (урологическое, хирургическое). В пути продолжаются мероприятия противошоковой терапии.

Переломы бедренной кости. Относятся к числу тяжелых повреждений конечностей. Они возникают вследствие приложения значительной травмирующей силы и сопровождаются общими изменениями состояния здоровья пострадавшего. Различают переломы верхнего конца, диафиза и нижнего конца бедренной кости.

Переломы *шейки бедренной кости* встречаются обычно у людей пожилого и старческого возраста и происходят от удара или падения на область большого вертела.

Симптомы. Боль, невозможность пользоваться конечностью. Стопа ротирована кнаружи. Невозможно также активное приведение или отведение конечности. Отмечается укорочение конечности. Пальпация области тазобедренного сустава болезненна. Из-за смещения отломков и скопления крови в полости сустава в паховой области под пупартовой связкой определяются напряжение мягких тканей и усиление пульсации бедренной артерии по сравнению со здоровой стороной. При переломах без смещения и вколоченных переломах вышеперечисленных симптомов может не быть, остаются только постоянные боли в тазобедренном суставе, усиливающиеся при движениях.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 2 мл 50% р-ра в/м. 2. Иммобилизация конечности с помощью шины Дитерекса. При отсутствии последней используют транспортные шины (длина 1650 и 2000 мм): одну шину накладывают от лопатки до пятки по задней поверхности поврежденной конечности с переходом на стопу, вторую — от подмышечной ямки по наружной поверхности бедра и голени, и далее, огибая голеностопный сустав, по внутренней поверхности голени и бедра до паховой области. Шины ук-

репляются с помощью широких бинтов, лямок, другой ткани. При отсутствии средств иммобилизации (шин) поврежденную конечность фиксируют к здоровой.

Перелом *диафиза* бедренной кости может быть подвертельным, средней трети бедра и надмыщелковым. Чаще встречаются переломы средней трети бедра. Механизм перелома самый разнообразный. Переломы бывают без смещения и со смещением отломков.

Симптомы. Для перелома диафиза бедренной кости характерно резкое нарушение функции, боль в области перелома; при смещении отломков кости определяется укорочение конечности.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 2 мл 50% р-ра в/м. 2. Иммобилизация поврежденной конечности шиной Дитерекса или другими транспортными шинами, как при переломе шейки бедра.

Госпитализация при всех переломах бедренной кости немедленная в травматологическое отделение. Транспортировка производится в строго горизонтальном положении.

Переломы надколенника. Возникают от прямого удара, при падении на согнутое колено. Чаще встречаются поперечные и оскольчатые переломы. Различают переломы с расхождением и без расхождения отломков.

Симптомы. Коленный сустав увеличен в объеме, болезненный. Конечность согнута в коленном суставе. Движения в суставе резко болезненны. При переломе надколенника без разрыва собственной связки больные могут ходить.

Неотложная помощь. На коленный сустав накладывается давящая повязка. Иммобилизация при сгибании в коленном суставе на 5—7°.

Госпитализация в травматологическое отделение в лежачем положении.

Перелом костей голени. Встречается часто (до 10% всех переломов костей). Наиболее часты переломы в нижней трети, затем в средней трети и значительно реже — в верхней трети. Причиной обычно бывает прямое насилие. Переломы могут быть открытыми и закрытыми, поперечными, косыми, винтообразными, оскольчатыми, внутрисуставными. Различают переломы одной большеберцовой или малоберцовой кости и переломы обеих костей. У детей часто встречаются поднадкостничные переломы. Перелом костей голени в обла-

сти диафиза составляет 30% общего числа переломов голени.

Симптомы. Стопа ротирована кнаружи или внутрь. При смещении отмечается укорочение голени. В области перелома имеется деформация, значительный отек, резкая болезненность, крепитация. Активные движения невозможны, пассивные вызывают боль. Перелом без смещения диагностировать сложнее. Отмечается локальная болезненность при осевой нагрузке на голень.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра или анальгин 2 мл 50% р-ра п/к. 2. Наложение транспортных шин типа Крамера от верхней трети бедра до пальцев стопы по задней поверхности конечности, двух других по внутренней и наружной поверхностям.

Госпитализация на носилках в травматологическое отделение.

Переломы лодыжек. Составляют больше половины всех переломов голени. Чаще встречается перелом наружной лодыжки. Бывают переломы обеих лодыжек.

Симптомы. Для перелома лодыжек характерны деформация, быстрое нарастание локальной припухлости, боль при надавливании, осевой нагрузке и движениях.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 1% р-ра с димедролом 1 мл 1% р-ра п/к. 2. Иммобилизация как при переломе костей голени.

Больные с переломом одной лодыжки направляются в травмпункт, при переломах обеих лодыжек или при комбинированных повреждениях — в травматологическое отделение.

Переломы костей стопы. Различают переломы костей предплюсны (пяточной, таранной, ладьевидной, кубовидной, клиновидной), плюсны и фаланг стопы. Перечисленные переломы возникают при прямом ударе (падении тяжелого груза на стопу), падении на неровную поверхность и т. д.

Симптомы. Для переломов костей стопы характерно появление припухлости, деформация и локальная болезненность при осевой нагрузке.

Неотложная помощь. 1. При сильной боли — промедол 1 мл 1% р-ра п/к. 2. Транспортная иммобилизация шиной Крамера с фиксацией голеностопного сустава.

Госпитализация при переломах со смещением костных отломков или множественных переломов костей сто-

ны на носилках в травматологическое отделение. При неосложненных переломах направление в травмпункт.

ПЕРИТОНИТ ОСТРЫЙ. Воспаление брюшины. Развивается преимущественно как осложнение заболеваний или повреждений органов брюшной полости. Наиболее частыми причинами перитонита являются: воспаление или перфорация червеобразного отростка, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, инвагинация кишечника, гангрена или перфорация желчного пузыря, панкреатит, воспаление и гангрена Меккелева дивертикула, воспалительные гинекологические заболевания, открытые и закрытые травмы органов брюшной полости. Возбудителем перитонита обычно является стрептококк и стафилококк, реже — кишечная палочка. Возможен и асептический перитонит, развивающийся при попадании в брюшную полость различных раздражающих веществ.

Различают перитонит ограниченный и разлитой.

Симптомы. Наиболее ранним и характерным симптомом острого перитонита является интенсивная боль, локализующаяся первоначально местно, в той части брюшной полости, где возникло воспаление, в дальнейшем, по мере распространения воспалительного процесса, по всему животу. Боли усиливаются при малейшем надавливании на брюшную стенку, при незначительных движениях.

Почти постоянным симптомом острого перитонита является рвота. Рвота упорная, вначале содержимым желудка, затем содержимым кишечника с запахом кала. Рвота может отсутствовать при перитоните, вызванном перфорацией язвы желудка или 12-перстной кишки.

Напряжение мышц брюшной стенки всегда отчетливо выражено и прежде всего в той части, откуда исходит воспалительный процесс. Симптом Блюмберга—Щеткина резко положительный. В запущенных случаях напряжение мышц живота уменьшается и наступает его вздутие(вследствие пареза кишечника). В отлогих местах брюшной полости при перкуссии можно определить скопление жидкости. Перистальтика кишечника вначале слабо прослушивается, а по мере развития процесса исчезает (симптом «гробовой тишины»). Температура тела, как правило, повышена, но может быть нормальной и даже пониженной. Отмечается значительная разница между температурой в подмышечной впадине и в прямой кишке. Пульс малый, быстро учащается, не соответствует температуре тела. АД понижается. Дыха-

ние учащенное, поверхностное. Черты лица заостряются, глаза западают, кожа бледнеет и покрывается холодным потом, губы сухие, синюшные, иногда появляется желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек. Язык сухой. Положение больного вынужденное — на спине с согнутыми ногами, иногда полусидячее. Сознание ясное. Отмечается задержка стула и газов. Моча темного цвета, иногда может быть ее задержка вследствие паралича мускулатуры мочевого пузыря.

Неотложная помощь. По показаниям — средства, стимулирующие деятельность сердца: кордиамин 1—2 мл, кофеин 1 мл 10% р-ра, камфора 1—2 мл 20% р-ра п/к. Применение анальгетических и слабительных средств противопоказано!

Госпитализация срочная в хирургическое отделение (на носилках).

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА. Приступ мучительных болей в пояснице и в боковых отделах живота с выраженной иррадиацией в пах, половые органы и внутреннюю поверхность бедра. Боли вызваны острым нарушением двигательной функции мочевыводящих путей, обусловленным передвижением или ущемлением камней, сгустков крови в просвете мочеточников. Колики часто бывают при почечно-каменной болезни. Однако этот синдром наблюдается также и при массивной гематурии, независимо от ее этиологии (остром гломерулонефрите, опухолях, туберкулезе почек и др.).

Симптомы. Больной беспокоен, мечется в постели. Рефлекторная тошнота и рвота, олигурия вплоть до анурии. Часто дизурические явления, гематурия. Симптом Пастернацкого резко положительный. Иногда определяется мышечное напряжение в боковых отделах живота.

Неотложная помощь. 1. Применение тепла: горячая ванна в течение 30—40 мин, грелки на поясницу и живот. 2. Атропин 1 мл 0,1% р-ра, но-шпа 2 мл или папаверин 2 мл 2% р-ра п/к. 3. Промедол 1 мл 2% р-ра (омнопон 1 мл 2% р-ра или морфин 1 мл 1% р-ра) п/к.

Госпитализация в урологическое отделение при непроходящей или повторяющейся почечной колике.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. Прободение язвы является частым, грозным и очень опасным осложнением язвенной болезни. Заболевание встречается в любом возрасте, но чаще в 20—40 лет и преимущественно у мужчин. Встречаются и так называемые «немые» язвы, пер-

вым проявлением которых может быть перфорация.

Симптомы. Характерными симптомами являются внезапная резкая боль и резкое напряжение мышц передней брюшной стенки. Ценными для диагностики могут быть данные анамнеза, указывающие на наличие язвенной болезни.

Боль при перфорации жестокая, внезапная, мучительная. Больные сравнивают характер боли с «ударом кинжала». Часто боль, возникшая в надчревной или правой подреберной области, иррадиирует в паховую область, правое плечо и лопатку. Кожные покровы бледны, покрыты холодным потом, отмечается цианоз губ. Положение больного вынужденное, как правило, на боку с прижатыми к животу руками и с полусогнутыми ногами.

В развитии и течении прободной язвы отмечают три периода. Первый период (до 6 часов от момента перфорации) — нестерпимые боли, живот втянут, мышцы брюшной стенки резко напряжены, при перкуссии печеночная тупость не определяется. Нередко развивается состояние шока (резкая бледность, холодный пот, брадикардия, поверхностное дыхание и т. д.). Температура тела остается нормальной. Второй период (от 6 до 12 часов после перфорации) — симптомы шока исчезают, больной чувствует себя лучше. Однако это улучшение мнимое, так как в это время начинается развитие перитонита, все симптомы которого наблюдаются в третьем периоде (через 12—18 часов после перфорации) (см. «Перитонит острый»).

Неотложная помощь. По показаниям — сердечные средства и противошоковые мероприятия (см. «Шок травматический»). Строго противопоказано давать внутрь питье и лекарственные средства. Категорически противопоказано введение наркотических средств.

Госпитализация срочная в хирургическое отделение в положении лежа (на носилках).

РАНЫ. Повреждения, сопровождающиеся нарушением целости покровов тела (кожи, слизистых оболочек). Могут быть непроникающими и глубокими — проникающими в полости тела (брюшную, грудную и др.), с повреждением или без повреждения внутренних органов.

В зависимости от формы и характера ранящего предмета различают раны резаные, рубленые, колотые, ушибленные, укушенные, огнестрельные.

Симптомы. Основными признаками раны являют-

ся: боль, расхождение краев кожи в месте ранения, кровотечение. Тяжесть ранения зависит от места повреждения, его глубины, размеров, а иногда и характера ранящего орудия. При ранении конечностей могут быть повреждения сухожилий, мышц, костей, сосудов; при ранении живота и грудной клетки соответственно — органов брюшной полости, легких, сердца, крупных кровеносных сосудов. Ранения с повреждениями внутренних органов часто сопровождаются шоком.

Неотложная помощь. 1. Остановка кровотечения. 2. Предупреждение дальнейшего загрязнения и механических повреждений 3. Создание покоя поврежденной части тела.

Временная остановка кровотечения достигается пальцевым прижатием сосуда в ране, наложением давящей повязки или кровоостанавливающих зажимов на зияющие сосуды, а при артериальном кровотечении — наложением жгута или закрутки на конечность (время наложения жгута отмечается в записке, прикрепленной на видном месте, в сопроводительном листе). С краев раны сбривают волосы, края обрабатывают 5% раствором йода и накладывают асептическую повязку. При обширных ранах конечностей, ранении суставов производится их иммобилизация. (Оказание неотложной помощи при ранениях, сопровождающихся повреждениями внутренних органов, переломами костей, развитием шока см. в соответствующих разделах).

Госпитализация с проникающими ранениями брюшной и грудной полостей, большой кровопотерей — в хирургическое отделение, с ранениями сухожилий и суставов — в травматологическое отделение. Микротравмы и поверхностные ранения лечатся амбулаторно, для чего больных направляют в травмпункт, хирургическое отделение поликлиники.

РАНЕНИЯ ГЛАЗ. **Ранение век.** Симптомы. Быстро появляются отек и кровоизлияние. Ранения могут быть поверхностными и сквозными. При сквозных ранениях повреждаются все слои века, включая хрящ и слизистую оболочку. Могут быть отрывы век у внутреннего или наружного угла.

Неотложная помощь. Рану очистить, промыть перекисью водорода, наложить асептическую повязку, предварительно обработав ее р-ром йода.

Госпитализация в глазное отделение.

Ранения глаз непроникающие. Симптомы. При ранении конъюнктивы — отек и кровоизлияние в конъюн-

ктиву, вокруг раны. Редко встречается изолированное ранение роговицы.

Неотложная помощь. Закапывание 0,25% р-ра дикаина, 20% р-ра сульфацила-натрия, наложение асептической повязки.

Госпитализация в глазное отделение.

Ранение роговицы. Симптомы. Режущие боли, светобоязнь, блефароспазм, слезотечение, гиперемия глазного яблока. Эрозированная поверхность при боковом освещении или осмотре лупой представляется матовой.

Неотложная помощь. Закапывание 0,25% р-ра дикаина, 20% р-ра сульфацила-натрия, наложение асептической повязки.

Госпитализация в глазное отделение.

Ранения глаз проникающие (с нарушением целости роговицы и склеры). Симптомы. Боль, слезотечение, светобоязнь, часто нарушение зрения, наличие раневого отверстия, в которое могут выпасть оболочки глаза. При проникающем ранении склеры рана темного цвета, глаз на ощупь мягкий.

Неотложная помощь. 1. Закапать 0,25% р-р дикаина, 20% р-р сульфацила-натрия. 2. Не следует удалять торчащие из глаза инородные тела, за исключением тех, которые лежат в конъюнктивальном мешке. 3. Наложить асептическую повязку.

Госпитализация в глазное отделение.

РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК. Возникает при резком, внезапном движении в суставе, превосходящем пределы нормального объема его подвижности. Это может произойти при прыжке, падении и т. п. Чаще встречается в голеностопном и коленном суставах.

Симптомы. В момент травмы возникает резкая боль, сустав припухает, кожа над ним часто приобретает синеватый оттенок. Движения в суставе сохраняются, однако из-за резкой боли ограничиваются. При растяжении связок голеностопного сустава наибольшая припухлость определяется кпереди от наружной лодыжки. Давление на лодыжки безболезненно. При растяжении связок коленного сустава боль и припухлость чаще отмечаются с передне-внутренней стороны его.

Неотложная помощь. Тугая повязка или иммобилизация.

Госпитализация не показана. Для исключения перелома костей больные направляются в травматологический пункт или хирургический кабинет поликлиники, где они подвергаются рентгенологическому контролю.

СИНДРОМ СДАВЛИВАНИЯ (синонимы: синдром раздавливания, синдром освобождения, Краш-синдром, травматической токсикоз и др.). Возникает вследствие длительного сдавливания частей тела (чаще конечностей, грудной клетки) при обвалах, опрокидывании или наездах транспортных средств, землетрясении и т. д. Длительное сдавливание вызывает резкие расстройства местного кровообращения, размозжение тканей даже при сохраненной целостности кожного покрова и костной ткани, выраженные ограничения дыхательных движений и нарушение сердечной деятельности (при сдавлении грудной клетки). Вследствие поступления в кровоток из поврежденных участков кислых продуктов обмена веществ, миоглобина и гистаминоподобных веществ у пострадавших развивается острая недостаточность почек.

Симптомы. Главным признаком является прежде всего сам факт сдавливания, независимо от видимых проявлений болезни. Это обстоятельство следует иметь в виду, тем более, что последствия сдавливания иногда проявляются не сразу. При длительных сдавливаниях грудной клетки пострадавшие отмечают повышенную жажду, чувство общего напряжения, препятствие, мешающее дыханию, тяжесть в голове, шум в ушах. В более тяжелых случаях к указанным признакам добавляется кровотечение из носа, ушей и рта, резкая одутловатость и посинение лица, могут появиться точечные кровоизлияния под кожу головы и даже наступить потеря сознания.

При сдавливании конечностей жалобы в основном сводятся на резкие боли в местах сдавливания и общее недомогание. Отек поврежденного участка нарастает, на коже иногда появляются пузыри с геморрагическим содержимым. Общее состояние ухудшается, АД снижается, тахикардия. Через несколько суток больной может погибнуть от недостаточности почек. Характер и серьезность изменений, возникающих в организме при длительном сдавливании, зависит не только от тяжести сдавливающих предметов, но и, прежде всего, от продолжительности сдавливания.

Неотложная помощь. 1. Немедленное освобождение пострадавшего от действия сдавливающих сил. 2. На конечность выше места сдавливания наложить жгут. 3. Поврежденные участки кожи обработать йодной настойкой (бриллиантовым зеленым) и закрыть стерильными повязками. 4. Туго перебинтовать всю конечность, начиная с кончиков пальцев, затем снять жгут. 5. Обес-

печить строгую неподвижность (иммобилизацию) 6. Обложить всю конечность полиэтиленовыми мешочками с холодной водой, снегом, льдом. 7. При явлениях шока — противошоковая терапия (см. «Шок травматический»). 8. Промедол 1 мл 1% р-ра п/к. 9. Кофеин 1-2 мл 10% р-ра, камфорное масло 2 мл 20% р-ра в/м. 10. При упадке сердечной деятельности строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра в/в в 10—20 мл 40% р-ра глюкозы. 11. Обильное питье горячего крепкого кофе, чая. Прием алкоголя (50—75 мл коньяка, водки).

Пострадавший подлежит быстрой и бережной транспортировке на носилках в травматологическое или хирургическое отделение.

ТРАВМЫ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ. Могут быть нанесены как снаружи, так и изнутри. Наружные повреждения: ушибы, сдавливания, резаные, колотые и огнестрельные раны; внутренние повреждения: ожоги, ссадины или повреждения инородными телами.

Симптомы. Кровотечения (наружные и внутренние), афония, боль в горле, затрудненное дыхание вплоть до асфиксии, подкожная эмфизема, расстройство глотания, выхождение воздуха и пенистой крови через рану, что свидетельствует о проникающем ранении.

Неотложная помощь. 1. Остановка кровотечения, предотвращение асфиксии, противошоковая терапия. 2. При нарастающем удушье — трахеотомия. 3. Для устранения кашля и болевых ощущений — покой, промедол 1 мл 2% р-ра, омнопон 1 мл 2% р-ра или морфин 1 мл 1% р-ра п/к. 4. Для уменьшения саливации — атропин 0,5 мл 0,1% р-ра п/к.

ТРАВМЫ ЖИВОТА. Делятся на закрытые и открытые.

Закрытые повреждения живота характеризуются отсутствием нарушений кожных покровов. Эти повреждения возникают при прямом ударе в живот, при падении, сдавливании, резком физическом напряжении, от действия воздушной ударной волны. Закрытые повреждения живота сопровождаются ушибами брюшной стенки, нередко со значительным кровоизлиянием в толщу мышц и даже разрывом отдельных мышечных групп. Наиболее опасно повреждение внутренних органов: паренхиматозных (селезенка, печень, поджелудочная железа) и полых (желудок, кишечник, желчный и мочевой пузырь).

Характер повреждения органов брюшной полости во многом зависит от характера травмы. Сильное сдавле-

ние чаще вызывает изолированный разрыв паренхиматозного органа, прямой и сильный удар по животу — разрыв полого органа.

Локализация удара также имеет значение для определения пораженного органа: повреждение печени наблюдается при ударе в живот в область правого подреберья, поясницы или спины; повреждение селезенки — при ударе в левую подреберную область; повреждение почек — при ударе в поясничную область. Все это не исключает, конечно, комбинированных повреждений.

Симптомы. Состояние больных определяется главным образом тем, какой орган поврежден и какова степень его повреждения. Характерны сильные боли во всем животе с локальным преимуществом или без него. При разрыве полых органов (желудочно-кишечный тракт, желчный и мочевой пузырь) развивается картина острого живота (см. «Острый живот»): резкая боль в животе, напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Блюмберга—Шеткина. Пальпаторно иногда удается выявить максимально болезненный участок над поврежденным органом, исчезает или уменьшается печеночная тупость, в отлогих областях, наоборот, появляется тупость, свидетельствующая о скоплении крови или содержимого полых органов. Возможна рвота.

При повреждении почки отмечается гематурия, положительный симптом Пастернацкого. Боль может распространяться по ходу мочеточника, напоминая клинику почечной колики.

При разрыве мочевого пузыря отмечается олигурия или анурия, ложные позывы к мочеиспусканию.

Повреждения органов брюшной полости часто сопровождаются внутренним кровотечением, шоком: больной заторможен, кожные покровы бледны, АД снижено, тахикардия.

Неотложная помощь. Создать пострадавшему полный покой. На живот положить пузырь со льдом. Противошоковая инфузионная терапия. Болеутоляющие препараты не вводить!

Госпитализация срочная (на носилках) в хирургическое отделение. При повреждении почек и мочевого пузыря — в урологическое отделение.

Открытые повреждения живота делятся на непроникающие и проникающие. Непроникающие ранения живота ограничиваются повреждением брюшной стенки (без повреждения брюшины). Чаще это бывают ране-

ния ножом или колющим предметом, рваные раны и повреждения подкожных тканей от ударов тупыми предметами.

Симптомы. Общее состояние (если не повреждены крупные сосуды брюшной стенки), удовлетворительное. Местно определяется рана той или иной формы, точный характер которой можно определить лишь при проведении хирургической обработки.

Проникающие раны живота относятся к тяжелым повреждениям, так как нередко сопровождаются ранением внутренних органов и большой кровопотерей (ранение паренхиматозных органов) или разлитым перитонитом (при ранении полых органов). Часто повреждается несколько органов (печень, желудок, поджелудочная железа, кишечник и др.).

Симптомы. Зависят от характера ранения и особенно органа, подвергшегося ранению. К признакам, характерным для закрытой травмы живота, добавляются изменения, связанные с повреждением брюшной стенки. Иногда через рану выпадают петли кишечника, сальник. Проникающие ранения живота могут сопровождаться и повреждением диафрагмы, плевры и легкого (в таких случаях имеется дыхательная недостаточность). Часто проникающие ранения живота сопровождаются шоком, внутренним кровотечением и перитонитом.

Неотложная помощь. 1. Создать пострадавшему полный покой. 2. Обработать кожу вокруг раны и края раны раствором йода, наложить асептическую повязку. 3. Выпавшие через рану внутренние органы не вправлять в брюшную полость! Их следует покрыть стерильной салфеткой, желательно увлажненной стерильным изотоническим раствором натрия хлорида. 4. При явлениях шока — противошоковые мероприятия (см. «Шок травматический»).

Госпитализация срочная в хирургическое отделение (на носилках).

ТРАВМА МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА. Возникает в случае резкой тракции головки при слегка согнутой в коленном суставе конечности с последующим быстрым ее разгибанием. Такие повреждения чаще происходят в гололед, у спортсменов (футболистов, хоккеистов и др.)

Симптомы. Коленный сустав увеличен, болезнен, находится в согнутом положении. Разгибание в суставе невозможно.

Неотложная помощь. Иммобилизация повреж-

денной конечности транспортными шинами от средней трети бедра с захватом голеностопного сустава.

Госпитализация в травматологическое отделение (на носилках).

ТРАВМА УХА. Повреждение барабанной перепонки может наблюдаться при ковырянии в ухе шпилькой, спичкой, неумелых попытках удалить инородное тело, при резких колебаниях атмосферного давления и т. д. Разрывы барабанной перепонки возможны при переломах черепа, ударе по голове или сдавливании черепа.

Травмы ушной раковины: ушиб, размозжение, резаная рана, отрыв всей раковины или ее части.

Симптомы. Повреждение барабанной перепонки сопровождается болью в момент травмы, кровоизлиянием в слуховой проход, шумом в ушах, понижением слуха,иногда головокружением. При осмотре барабанной перепонки определяется ее разрыв с гиперемированными краями и наличие кровоизлияния в них. Главная опасность при разрывах заключается в возможности инфицирования барабанной полости, развития гнойного воспаления среднего уха. При переломах основания черепа и задневерхней стенки слухового канала наблюдается кровотечение из уха, ликворея, тошнота, рвота, в некоторых случаях потеря сознания. Если в травму вовлечено и внутреннее ухо, наблюдается потеря слуха, головокружение, нистагм, парез или паралич лицевого нерва.

Неотложная помощь. Обработка раны, остановка кровотечения. В слуховой проход вставляется асептическая турунда и накладывается повязка на ухо. Всякое промывание уха, грубая очистка в первые дни после травмы противопоказаны.

Госпитализация в лор- или хирургическое отделение.

ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. Различают закрытые (ушибы, сдавливания, переломы ребер и грудины) и открытые травмы (ранения) грудной клетки.

Закрытые травмы могут сопровождаться повреждениями органов грудной клетки (легких, сердца, пищевода, сосудов). Причинами повреждений грудной клетки могут быть удары, сдавливания (при транспортных катастрофах), падения с высоты и др. Травмы груди часто сочетаются с повреждениями других анатомических областей тела и прежде всего конечностей, реже головы.

Симптомы. Смертельная опасность, угрожающая при травме груди, главным образом связана с наруше-

нием дыхания, либо с тяжелым расстройством кровообращения. Эти расстройства, будучи взаимно связанными, обычно сочетаются.

Повреждения внутренних органов при ушибах наблюдаются редко. В таких случаях отмечается боль в месте повреждения, усиливающаяся при глубоком дыхании и пальпации. Сдавливание грудной клетки сопровождается нарушением дыхания и кровообращения. Отмечается отек лица, на коже лица, шеи, на слизистых оболочках рта и глаз возможны точечные кровоизлияния. Развивается общая слабость, расстройство дыхания, кровообращения, кровохарканье, носовое кровотечение. Все эти явления могут возникнуть и в тех случаях, когда нарушение целостности внутренних органов отсутствует. Они зависят не только и не столько от интенсивности сдавливающих грудную клетку сил, сколько от продолжительности их действия. Чем больше ребер повреждено, тем тяжелее состояние больного, тем больше угроза острой недостаточности дыхания. Переломы ребер всегда очень болезненны. Боль ощущается при пальпации и при малейших движениях грудной клетки, особенно во время дыхания. Иногда на месте перелома отчетливо ощущается крепитация. Характерно вынужденное положение больного с наклоном туловища в больную сторону. Деформация грудной клетки отчетлива только при множественных переломах ребер. Возможна подкожная эмфизема, захватывающая область шеи и лица.

Множественный перелом ребер, как правило, сопровождается острой недостаточностью дыхания. Кожа и слизистые оболочки бледны, с синюшным оттенком, дыхание поверхностное, отмечается отставание в акте дыхания поврежденной половины грудной клетки. Пульс частый, слабого наполнения, АД снижается. При аускультации в легких ослабленное дыхание, при двойном переломе ребер видно парадоксальное дыхание «флотирующего сегмента». При переломе грудины — резкая деформация ее.

Неотложная помощь. 1. При ушибе грудной клетки пострадавшего следует уложить на носилки с поворотом на поврежденную сторону. Промедол 1 мл 2% р-ра, кордиамин 1 мл п/к. 2. При сдавливаниях грудной клетки, переломах ребер, грудины наложить тугую циркулярную повязку (на время транспортировки в лечебное учреждение). Промедол 1 мл 2% р-ра, кофеин

1-2 мл 10% р-ра п/к. Ингаляция увлажненного кислорода.

Госпитализация срочная в положении полусидя на носилках в хирургическое, травматологическое, а в тяжелых случаях (при нарушении дыхания и кровообращения) — в реанимационное отделение.

Открытые травмы (ранения) грудной клетки делятся на непроникающие и проникающие в грудную полость. *Непроникающие ранения* характеризуются сохранением целостности париетальной (пристеночной) плевры.

Симптомы. Боль и кровотечение в месте ранения. Общее состояние, как правило, удовлетворительное. Нарушения дыхания не отмечается.

Неотложная помощь. Обработка раны перекисью водорода, краев кожи вокруг раны 5% р-ром йода, наложение асептической повязки.

Госпитализация не показана. Пострадавшие с непроникающим ранением грудной клетки направляются в травмпункт, в хирургический кабинет для амбулаторного лечения.

Проникающие ранения грудной клетки характеризуются нарушением париетальной (пристеночной) плевры. Могут сопровождаться ранением легкого, бронхов, сердца, кровеносных сосудов с развитием пневмоторакса, шока. Пневмоторакс в свою очередь может быть закрытым, открытым и клапанным.

Закрытый пневмоторакс возникает в результате попадания воздуха в плевральную полость через рану в грудной стенке или через поврежденное легкое в момент ранения. Склеившиеся края раны препятствуют дальнейшему поступлению воздуха. Симптомы. Одышка, учащение пульса, отставание больной стороны грудной клетки в акте дыхания. При перкуссии на больной стороне слышен коробочный звук, при аускультации — ослабленное дыхание, а при большом скоплении воздуха дыхание не прослушивается.

Открытый пневмоторакс возникает при постоянном сообщении плевральной полости с наружной средой через рану грудной клетки или легкого и бронхов. В зависимости от того, откуда в плевральную полость поступает воздух (через рану грудной клетки или через рану легкого) различают соответственно открытый наружный и открытый внутренний пневмоторакс. Симптомы. При открытом пневмотораксе всегда развивается тяжелое состояние, часто сопровождающееся плевропульмональным шоком. Без труда обнаруживается, что

воздух при вдохе всасывается в плевральную полость, а при выдохе выходит из нее. При этом слышен характерный свист («дышащая рана»). Такое положение приводит к спадению легкого, выключению по сути его из дыхания, к нарушению гемодинамики и к «парадоксальному дыханию».

Клапанный пневмоторакс наблюдается тогда, когда воздух свободно входит в плевральную полость, а обратного выхода почти не имеет. Это связано с образованием из тканей раневого канала своеобразного клапана, «работающего» в одном направлении, что ведет к накоплению воздуха в плевральной полости, к спадению (коллапсу) легкого, его смещению и соответственно к нарушению дыхания и гемодинамики. Симптомы. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Боль в месте ранения и за грудиной. Резко выражена одышка, больной беспокоен (не находит себе места, испытывает стеснение в груди и нехватку воздуха). Кожа бледная, лицо покрыто холодным потом. Пульс частый, слабого наполнения. АД снижается. Дыхание на пораженной стороне ослаблено или не прослушивается. Развивается подкожная эмфизема, достигающая подчас громадной площади со смещением органов средостения и сдавливанием магистральных сосудов. Как правило, развивается плевропульмональный шок, отличающийся резким расстройством дыхания.

Гемопневмоторакс. Одновременное скопление в плевральной полости значительного количества воздуха и крови. Симптомы. К признакам, присущим пневмотораксу, добавляется тупость перкуторного звука на поврежденной стороне и симптомы острой кровопотери: бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения, снижение АД. При повреждении легкого — кровохарканье.

Неотложная помощь. 1. При проникающем ранении грудной клетки без пневмоторакса накладывают асептическую повязку. 2. При открытом пневмотораксе накладывается герметическая асептическая повязка: после смазывания краев 5% р-ром йода на рану накладываются ватно-марлевые подушечки (по типу компресса), их покрывают непроницаемым для воздуха материалом (оболочка индивидуального перевязочного пакета, клеенка, целлофановая пленка и т. п.), на 4—5 см выступающим за края подушечек (этим создается герметичность), и закрепляют бинтовой циркулярной (окклюзионной) повязкой. 3. При клапанном пневмотораксе во

II межреберном промежутке по среднеключичной линии с пораженной стороны производится пункция плевры иглой с широким просветом, на канюлю которой закрепляется разрезанный палец от резиновой перчатки. Это приспособление выполняет функцию клапана, выпуская воздух из плевральной полости и не пуская его обратно. 4. Промедол 1 мл 2% р-ра, пипольфен 1—2 мл 2,5% р-ра п/к, новокаин 10—15 мл 0,5 р-ра, строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра на 20—40 мл 40% р-ра глюкозы в/в. Ингаляции увлажненного кислорода.

Госпитализация срочная в полусидячем положении (на носилках) в хирургическое (торакальное) или реанимационное отделение. Во время транспортировки не прекращают ингаляцию кислорода, а при необходимости и искусственное дыхание.

Повреждения сердца. Чрезвычайно тяжелые травмы, часто кончающиеся летальным исходом. При травме (ранении) сердца нередко одновременно повреждается плевра.

Симптомы. Наличие повреждения (раны, подчас обильно кровоточащей) в проекции сердца. Чувство страха, слабость, головокружение, боли в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, лопатку и руку, беспокойство, одышка. Тоны сердца глухие, пульс частый, слабого наполнения, АД низкое, цианоз.

При одновременном повреждении плевры к указанным симптомам присоединяются явления пневмоторакса, гемоторакса.

Неотложная помощь. На рану — асептическая повязка (при наличии пневмоторакса — окклюзионная), промедол 1 мл 2% р-ра, кофеин 1 мл 20% р-ра п/к, ингаляции увлажненного кислорода.

Госпитализация срочная в хирургическое отделение, торакальное или реанимационное отделение в положении лежа (на носилках).

ТРАВМА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ. Различают две основные формы черепно-мозговой травмы: закрытую и открытую.

При закрытой травме мягкие ткани головы и кости черепа не повреждены, либо повреждены только мягкие ткани. К закрытому повреждению относятся все переломы основания черепа, которые не сопровождаются ликвореей. Черепно-мозговая травма, при которой повреждены мягкие ткани головы и подлежащие кости черепа, считается открытой. К этой группе относятся и все переломы основания черепа, сопровождающиеся ликво-

реей. Открытый перелом черепа считается проникающим, если одновременно повреждена твердая мозговая оболочка.

В зависимости от характера клинической картины, морфологических и функциональных изменений различают сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга.

Сотрясение головного мозга. Наиболее частая форма поражения головного мозга, при которой функциональные расстройства происходят в основном без видимых повреждений вещества мозга. Различают три степени тяжести сотрясения головного мозга: легкую, среднюю и тяжелую.

Симптомы. Характерными симптомами сотрясения головного мозга являются: потеря сознания, головокружение, тошнота, рвота. При легкой степени потеря сознания может быть неполной или кратковременной, исчисляемой секундами. При сотрясении средней тяжести потеря сознания более длительная и глубокая. Тяжелая степень характеризуется длительностью бессознательного состояния, снижением тонуса мышц, сфинктеров (непроизвольное мочеиспускание и дефекация), нарушением дыхания и деятельности сердца. После возвращения сознания отмечаются головная боль, шум в ушах, головокружение, тошнота, рвота (рвота может быть и в бессознательном состоянии), вялость, сменяющаяся беспокойством. Характерна ретроградная амнезия (выпадение из памяти событий, предшествовавших травме). Больной бледен, слаб, лежит неподвижно и плохо воспринимает окружающее. Пульс замедлен, в тяжелых случаях до 40—50 ударов в мин (но может быть и учащен). Выраженность перечисленных симптомов, которые могут сохраняться в течение 10—12 дней, зависит от степени тяжести сотрясения.

Сдавление головного мозга может возникнуть вследствие трех причин: образования внутричерепной гематомы, вдавления отломков костей при переломе, а также отека головного мозга.

Симптомы проявляются, как правило, на фоне явлений сотрясения головного мозга или через небольшой «светлый промежуток» времени, после улучшения состояния больного и исчезновения или уменьшения выраженности симптомов сотрясения.

Для клиники сдавления мозга характерно постепенное ухудшение состояния (увеличение гематомы, отека мозга и т. д.). Важное значение имеет величина и локализация повреждения. Иногда после короткого прояс-

нения сознания, утраченного в момент и после травмы, оно вновь исчезает, медленно нарастают общие и местные явления сдавления мозга. Больной мечется, усиливается головная боль, появляется неукротимая рвота. В дальнейшем возбуждение сменяется вялостью, сонливостью и даже коматозным состоянием. Кардинальными симптомами являются урежение пульса (до 30—50 ударов в мин) и учащение дыхания (до 30—60 в мин). При нарастании сдавления появляется дыхание Чейн — Стокса.

Признаки внутричерепной гематомы: моно- или гемипарез конечностей, анизокория, брадикардия, эпилептиоидные припадки, асимметрия глубоких рефлексов, ригидность затылочных мышц. При отеке головного мозга преобладают общемозговые и стволовые симптомы, которые нарастают постепенно.

Ушиб головного мозга без сдавления. При ушибе головного мозга происходит повреждение мозгового вещества и сосудов, вследствие чего появляются очаги некроза.

Симптомы. При ушибе головного мозга имеется сочетание функциональных и необратимых изменений. Поэтому, как правило, отмечаются все симптомы сотрясения головного мозга, а также локальные (местные) симптомы (поражение черепных нервов, нарушение движений и чувствительности, речи, большие и малые эпилептиоидные припадки и др).

Неотложная помощь. 1. Обеспечить пострадавшему полный физический и психический покой, свободное дыхание, уложить с приподнятой головой, на лоб — холод. При рвоте голову повернуть на бок. 2. При ослаблении деятельности сердца строфантин 0,5 мл 0,05% р-ра с 20 мл 40% р-ра глюкозы в/в, кордиамин 2 мл, кофеин 1 мл 10% р-ра п/к. 3. Для борьбы с отеком мозга — сульфат магнезии 10 мл 25% р-ра в/м, натрия хлорид 10 мл 10% р-ра в/в. При многократной рвоте, выраженном возбуждении аминазин 0,5—1 мл 2,5% р-ра (седуксен 1—2 мл), пипольфен 1—2 мл 2,5% р-ра или димедрол 1—2 мл 1% р-ра в/м. 4. При расстройствах дыхания — ингаляция увлажненного кислорода.

Госпитализация обязательная в нейрохирургическое, травматологическое, хирургическое или неврологическое отделение. Транспортировка осторожная на носилках в положении лежа. При рвоте больному можно придать положение на боку или с повернутой на бок головой.

ТРОМБОЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ. Возникает вследствие инфицирования расширенных геморроидальных вен и их закупорки (тромбоза).

Симптомы. Заболевание чаще развивается остро. Возникает мучительная боль в области заднего прохода. Геморроидальные узлы воспаляются, становятся отечными, плотными, увеличиваются в размерах, выпадают наружу и ущемляются спазмированным сфинктером, резко болезненны при пальпации. В результате ущемления может возникнуть более или менее обширное омертвение геморроидальных узлов. Иногда отмечается задержка стула и газов. Из-за боли больной не может ходить и сидеть.

Некроз геморроидальных узлов может привести к тяжелому парапроктиту и даже сепсису, сопровождающемуся повышением температуры, ознобом. Диагноз не труден и устанавливается на основании анамнеза и объективных данных.

Неотложная помощь. При легком течении — постельный режим, геморроидальные свечи, свинцовые примочки. Кожа вокруг заднего прохода смазывается фурацилин-метацин-анестезиновой мазью. При мучительной боли промедол 1 мл 2% р-ра п/к. Выпавшие геморроидальные узлы не вправлять!

Госпитализация при тяжелом течении в хирургическое отделение. Транспортировка в положении лежа.

УШИБ — повреждение тканей или органов без нарушения целости покрова, возникающее в результате воздействия тупой силы.

Симптомы. Боль, припухлость (иногда в результате кровоизлияния) и нарушение в той или иной степени функции ушибленного участка тела. При ушибах живота, грудной клетки и головы очень важно исключить повреждение соответствующих внутренних органов (см. «Травмы живота», «Травмы грудной клетки», «Травма черепно-мозговая»).

Неотложная помощь. 1. При ушибе мягких тканей местно холод. 2. При ушибе конечности — тугая повязка, ограничение подвижности и местно холод. Если ушиб обширный, дополнительно иммобилизация конечности.

Госпитализация при повреждении внутренних органов и обширных ушибах с массивными кровоизлияниями. В остальных случаях — направление в травмпункт, хирургический кабинет для амбулаторного лечения.

ХОЛЕЦИСТИТ ОСТРЫЙ. Острое воспаление желч-

ного пузыря, чаще всего вызываемое проникновением в желчный пузырь кишечной палочки. Встречаются случаи холецистита как осложнения после перенесенного гриппа, ангины, аппендицита, но чаще всего — желчнокаменной болезни. Женщины болеют чаще мужчин.

Симптомы. Ведущими симптомами заболевания являются приступы болей в правом подреберье, нередко иррадиирующие в правое плечо, правую лопатку, правую половину груди. Боль возникает внезапно — во время работы, сна, приема пищи — и имеет постоянный нарастающий или приступообразный характер. Часто возникновению болей предшествует горечь во рту, снижение аппетита, тяжесть в эпигастральной области, тошнота и многократная рвота, не приносящая облегчения. Запор, иногда понос. Температура тела, как правило, повышена, иногда (при флегмонозных формах) достигает 39—40°С и сопровождается ознобом. Примерно у половины больных появляется желтушность кожных покровов. Печень почти всегда увеличена, при пальпации болезненна. Брюшная стенка в правом подреберье напряжена, симптом Блюмберга—Щеткина положителен. В части случаев отмечается болезненность при поколачивании по правой реберной дуге (симптом Ортнера). Выражены симптомы Захарьина (боль при поколачивании в области проекции желчного пузыря), Георгиевского (болезненность в правой подключичной области), симптом «кашлевого толчка». Пульс в начале заболевания замедлен, затем учащается. Язык вначале влажный, с развитием процесса становится сухим. При перфорации желчного пузыря появляется внезапная острая боль, развиваются явления перитонита (см. «Перитонит»).

Неотложная помощь. При необходимости атропина сульфат 1 мл 0,1% р-ра п/к. Наркотические анальгетики группы морфина не вводить!

Госпитализация срочная в хирургическое отделение (на носилках).

ШОК ТРАВМАТИЧЕСКИЙ. Опасное для жизни осложнение тяжелых повреждений. Травматический шок наблюдается при тяжелых повреждениях внутренних органов (печени, селезенки, кишечника, легких и др.) с нарастающим внутренним кровотечением и снижением объема циркулирующей крови. Он встречается при переломах костей, которые сопровождаются большими кровопотерями (кровоизлияниями при закрытых переломах).

Симптомы. В зависимости от времени развития различают первичный и вторичный шок. Первичный шок развивается в момент травмы или непосредственно после нее. Вторичный — через некоторое время после нее. В течении шока различают две фазы — эректильную и торпидную. Эректильная фаза наступает вслед за травмой и характеризуется сохранением сознания, двигательным и речевым возбуждением, отсутствием критического отношения к своему состоянию и окружающим; бледность, холодный пот, тахикардия (иногда брадикардия), дыхание частое, глубокое, сухожильные рефлексы повышены, АД нормальное или повышенное. Эректильная фаза длится 5—10 мин. Чем резче выражено при ней возбуждение, тем тяжелее протекает торпидная фаза, тем хуже прогноз. Переход эректильной фазы в торпидную происходит в течение нескольких минут. Последняя характеризуется заторможенностью, пассивностью, безразличием и апатией, резкой бледностью, учащением дыхания и пульса, снижением АД, холодным потом, пониженной болевой чувствительностью.

По тяжести клинических явлений, особенно по тяжести расстройств АД, шок делят на четыре степени: легкую, среднюю, тяжелую и очень тяжелую. При шоке I степени максимальное АД 100—95 мм рт. ст., пульс 100—120 в мин; II степени — соответственно 90—70 мм рт. ст. и 120—130 ударов в мин; III степени — АД 60—40 мм рт. ст., пульс нитевидный, 150—160 в мин; IV степени АД не определяется, пульс на лучевой артерии не пальпируется, на сонных артериях очень частый. Нарушается дыхание.

Неотложная помощь. Должна быть оказана в возможно ранние сроки и соответствовать фазе шока. 1. На месте происшествия осуществляется временная остановка кровотечения (пальцевое прижатие, жгут, закрутка, давящая повязка), наложение асептической повязки, транспортная иммобилизация, согревание, горячее питье. 2. Новокаиновые блокады в места переломов (20 мл 1% р-ра) или футлярная блокада по Вишневскому 0,5 р-ром, промедол 1 мл 2% р-ра с 40% р-ром глюкозы в/в, димедрол 1 мл 1% р-ра, пипольфен 1 мл 2,5% р-ра и до 10 мл 0,5% р-ра новокаина в/в (вводить медленно!). 3. Введение наркотических веществ группы морфина противопоказано при подозрении на повреждение внутренних органов. 4. Кислород. 5. Полиглюкин, реополиглюкин в/в капельно (400—800 мл).

Госпитализация срочная в травматологическое или

хирургическое отделение (на носилках) с продолжением противошоковых инфузионных мероприятий в пути.

ЭМБОЛИЯ АРТЕРИЙ. Возникает в результате закупорки артерий частью тромба (при бородавчатом эндокардите), пузырьками воздуха, капельками жира (при травмах, хирургических операциях) и др. Чаще поражаются артерии нижних конечностей.

Симптомы. Зависят от вида закупоренного сосуда и характеризуются острыми расстройствами кровообращения и соответственно нарушением функции органа или части тела, кровоснабжение которых осуществляется поврежденным сосудом. Закупорка крупных артерий конечностей проявляется внезапным возникновением резкой боли, похолоданием конечности. Кожа становится бледной или «мраморной». Теряется кожная чувствительность.

Неотложная помощь. 1. Промедол 1 мл 2% р-ра в/м или в/в. 2. Папаверин 1 мл 2% р-ра или атропин 1 мл 0,1% р-ра п/к. 3. Конечность охладить (пузырями со льдом, полиэтиленовыми мешочками с холодной водой, снегом). Нельзя придавать конечности возвышенное положение! Нельзя растирать!

Госпитализация срочная в хирургическое отделение (на носилках).

VI. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

АКУШЕРСТВО

АБОРТ (выкидыш). Прерывание (прекращение) беременности до 28 недель. По характеру прерывания беременности различают аборт самопроизвольный и искусственный. Последний может быть произведен в медицинских учреждениях или вне их (внебольничный, криминальный).

Самопроизвольный аборт — прерывание беременности, происходящее без всякого вмешательства. Причиной его могут быть нейроэндокринные нарушения, инфантилизм, заболевания и пороки развития половых органов, инфекционные заболевания, интоксикации и др. Повторение самопроизвольного аборта 2—3 раза называют привычным выкидышем.

Различают несколько форм самопроизвольного аборта.

Угрожающий аборт характеризуется слабо выраженными признаками начала отслойки плодного яйца от стенки матки.

Симптомы. Небольшие тянущие или схваткообразные боли в низу живота и в пояснице, могут появиться незначительные серозно-кровянистые выделения из половых путей.

При влагалищном исследовании матка мягковатой консистенции, болезненна, увеличена в соответствии со сроком беременности. Шейка матки не укорочена, наружный зев закрыт. При соблюдении постельного режима и соответствующей медикаментозной терапии беременность может быть сохранена.

Неотложная помощь. 1. Настойка опия простая 10—12 кап. с 50 мл 0,25% р-ра новокаина в клизме. 2. Викасол 2—3 мл 1% р-ра в/м. 3. Тропацин 0,015 г внутрь.

Госпитализация в гинекологическое отделение.

Начинающийся аборт является дальнейшим процессом отслойки плодного яйца и нарушения беременности.

Симптомы. Схваткообразные боли в низу живота,

пояснице, а также кровянистые выделения (без сгустков) из половых путей выражены значительнее, чем при угрожающем аборте. Матка увеличена в соответствии со сроком беременности, безболезненна, шейка сохранена, наружный зев несколько раскрыт. При лечении сохранение беременности возможно.

Неотложная помощь как и при угрожающем аборте.

Госпитализация в гинекологическое отделение (на носилках).

Аборт в ходу. К этой форме аборта относят такую его стадию, при которой имеется значительная отслойка плодного яйца и открытие канала шейки матки.

Симптомы. Во многом зависят от сроков беременности. При ранних сроках (до 12 недель) аборт сопровождается интенсивными схваткообразными болями в низу живота, пояснице и обильным кровотечением с большими свежими сгустками. Шейка матки укорочена, открыта. При беременности больше 12 недель аборт чаще протекает по типу родов. Болезненные схватки усиливаются, после чего отходят воды. Кровотечение в этих случаях незначительное или может отсутствовать. Сохранить беременность невозможно.

Неотложная помощь. 1. При сильных болях анальгин 2 мл 50% р-ра, атропина сульфат 1 мл 0,1% р-ра п/к или в/в. 2. При обильном кровотечении викасол 3 мл 1% р-ра в/в, на низ живота пузырь со льдом.

Госпитализация срочная в гинекологическое отделение (на носилках).

Неполный аборт — неполное отхождение частей плодного яйца из полости матки, которое может быть как при самопроизвольном, так и при некачественном искусственном аборте.

Симптомы. Обильное маточное кровотечение и продолжающиеся схваткообразные боли в низу живота и пояснице. При влагалищном исследовании определяется несоответствие размеров матки сроку беременности. Во влагалище большие сгустки крови и ткани плодного яйца. Шейка матки укорочена, канал ее раскрыт или пропускает 1—2 пальца.

Неотложная помощь. 1. При продолжающемся кровотечении викасол 3 мл 1% р-ра, глюконат или хлорид кальция 10 мл 10% р-ра в/в. 2. На низ живота пузырь со льдом.

Госпитализация срочная в гинекологическое отделение (на носилках).

Полный аборт. При этой патологии плодное яйцо выделяется целиком, что можно установить при осмотре.

Симптомы. Как правило, кровянистые выделения из половых путей скудные или отсутствуют, матка хорошо сокращена, шейка почти сформирована. Однако при недостаточном сокращении матки, либо при повреждении кровеносных сосудов в резко утолщенной при значительном сроке беременности (18—28 недель) децидуальной оболочке возможны интенсивные кровотечения.

Неотложная помощь при интенсивном кровотечении как и при неполном аборте.

Госпитализация обязательна в гинекологическое отделение (при большой кровопотере — на носилках).

Все перечисленные формы аборта могут сопровождаться инфицированием. В таких случаях кроме перечисленных симптомов отмечается повышение температуры тела, часто с ознобом, учащение пульса. Для внебольничных (криминальных) абортов характерно повреждение слизистой шейки матки и влагалища, наличие следов пулевых щипцов и др.

Неотложная помощь. при инфицированном аборте зависит от стадии его (угрожающий, начинающийся и т. д.) и общего состояния.

Госпитализация обязательна в гинекологическое отделение.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ (см. «ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ»).

БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕМАТОЧНАЯ. Возникает, если привитие оплодотворенного яйца происходит вне полости матки. Чаще всего встречается трубная, реже брюшная беременность. Причинами внематочной беременности могут быть воспалительные процессы труб, яичников, их недоразвитие, наличие опухолей внутренних половых органов и др.

Симптомы. Разнообразны, зависят от локализации беременности и, главным образом, от ее сохранения или нарушения.

Сохраняющаяся и развивающаяся беременность независимо от ее локализации почти ничем себя не проявляет и характеризуется симптомами, присущими соответствующему сроку маточной беременности: прекращение менструаций, тошнота, рвота и др.

При влагалищном исследовании определяется увеличение и размягчение матки. Однако она меньше, чем

должна быть при предполагаемом сроке маточной беременности. Можно также обнаружить колбасовидное увеличение маточной трубы, яичника.

Симптомы становятся выраженными при нарушении внематочной беременности. Нарушение трубной беременности происходит в первые 8 недель, чаще между 4-й и 6-й. При разрыве маточной трубы возникает резкая боль в низу живота (справа или слева, в зависимости от локализации беременности), нередко иррадиирующая в плечо или прямую кишку. Тошнота, рвота, может наступить обморок, учащается пульс, снижается АД, дыхание становится поверхностным и частым. Все это свидетельствует о нарастающем внутреннем кровотечении. Кровотечения из половых путей может не быть. Чаще оно возникает при нарушении трубной беременности по типу трубного аборта (выход плодного яйца из трубы в брюшную полость). Этот вид нарушения трубной беременности сопровождается усиливающейся тупой схваткообразной болью, возникновением кратковременных обморочных состояний. Определяется небольшое вздутие живота, стенка его слегка напряжена, слабоположительный симптом Блюмберга—Щеткина. При влагалищном исследовании обнаруживается резкая болезненность в заднем своде влагалища. Из-за болезненности и наличия сгустков крови в малом тазу матка плохо контурируется. По этой же причине порой трудно определить состояние придатков матки, а своды матки приобретают характерную «тестоватость».

Неотложная помощь при нарушенной внематочной беременности состоит в срочной хирургической операции.

Госпитализация обязательна в ближайшее гинекологическое или хирургическое отделение (на носилках).

ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ И МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА (см. «РОДЫ»).

ГИПОТОНИЯ МАТКИ (см. «КРОВОТЕЧЕНИЕ АТОНИЧЕСКОЕ И ГИПОТОНИЧЕСКОЕ МАТОЧНОЕ»).

ЗАДЕРЖКА ДЕТСКОГО МЕСТА И ЕГО ЧАСТЕЙ В ПОЛОСТИ МАТКИ (см. «РОДЫ»).

КРОВОТЕЧЕНИЕ АТОНИЧЕСКОЕ И ГИПОТОНИЧЕСКОЕ МАТОЧНОЕ ПОСЛЕ РОДОВ. Встречается при отсутствии (атонии) или уменьшении (гипотонии) сократительной способности матки. Причинами могут быть переполнение мочевого пузыря и прямой кишки, многоводие, многоплодие, инфантилизм, изменение

стенки матки (опухоль, последствия воспалительного процесса), затянувшиеся роды и др.

Симптомы. Ведущим симптомом является массивное маточное кровотечение. Матка сокращается плохо, слабо реагирует или совсем не реагирует на раздражения (массаж, холод и др.), размер ее велик, контуры неясные. Тяжесть состояния зависит от размеров и скорости кровопотери. При кровопотере, достигающей 1 л и более, снижается АД, пульс становится частым, появляются одышка, головокружение, зевота.

Неотложная помощь. 1. Опорожнение мочевого пузыря. 2. Массаж матки через брюшную стенку. 3. Окситоцин 5—8 ед. с 500 мл 5% р-ра глюкозы в/в. 4. На низ живота пузырь со льдом. 5. Если кровотечение не останавливается, используют методы, временно уменьшающие или прекращающие приток крови к матке (прижатие брюшной аорты). 6. При продолжающемся кровотечении производят ручное обследование полости матки и наружновнутренний ее массаж. 7. Если указанные методы оказываются безуспешными, прибегают к тампонаде полости матки.

Госпитализация обязательна (на носилках).

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОЗДНЕЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ. Возникает чаще вследствие задержки в матке части (кусочка) плаценты, послеродового эндометрита.

Симптомы. Ведущим симптомом является кровотечение из половых путей, начавшееся по истечении суток и более (до 10—15 дней) после родов — от мажущих кровянистых выделений до массивных, угрожающих жизни.

Неотложная помощь. 1. Одно из средств, сокращающих матку: питуитрин «М», окситоцин, маммофизин, эрготал 1 мл 0,05% р-ра п/к или в/м. 2. Эргометрин-малеат 1 мл 0,02% р-ра, эрготамин-гидротартрат 1 мл 0,05% р-ра в/м. 3. Викасол 3 мл 1% р-ра в/м. 4. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна (на носилках).

ПИЕЛИТ БЕРЕМЕННЫХ. Может возникнуть от сдавления беременной маткой мочеточника или при снижении тонуса последнего.

Симптомы. Быстро нарастающая боль в пояснице (чаще справа), положительный симптом Пастернацкого, повышение температуры, озноб.

Неотложная помощь. 1. Покой, тепло на область больной почки, обильное питье. 2. Анальгин 1—2 мл 50% р-ра в/м. 3. Атропин-сульфат 1 мл 0,1% р-ра

или но-шпа (2 мл) п/к или в/м. 4. Фурадонин (0,1) внутрь.

Госпитализация показана в тяжелых случаях.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. Опасное для женщин и плода осложнение беременности, при котором плацента (детское место) прикрепляется в нижнем сегменте матки (ниже предлежащей части плода). Различают краевое, боковое (частичное) и центральное (полное) предлежание плаценты. Причинами могут быть воспалительные и атрофические изменения в слизистой оболочке матки. Этому могут способствовать многократные аборты.

Симптомы. Ведущим симптомом является маточное кровотечение во второй половине беременности. Оно может наступить как в процессе родовой деятельности, так и без нее, в состоянии полного покоя и даже во время сна. Чем раньше после 20-недельной беременности появляется кровотечение, тем большая вероятность центрального (наиболее опасного) предлежания плаценты. При маточном кровотечении во второй половине беременности влагалищное исследование с диагностической целью может быть выполнено только врачом в стационарных условиях.

Неотложная помощь. 1. Введение препаратов, снижающих активность родовой деятельности — магний-сульфат 5—10 мл 25% р-ра в/м, омнопон 1 мл 2% р-ра п/к. 2. Викасол 3 мл 1% р-ра в/м.

Кровотечение во второй половине беременности является показанием для обязательной и неотложной госпитализации (на носилках даже при небольшом кровотечении).

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. Причиной возникновения могут быть поздние токсикозы, нефрит, гипертоническая болезнь, пороки сердца, многоводие, многоплодие, реже травмы живота. Преждевременная отслойка плаценты бывает частичной и полной (отслойка всей плаценты).

Симптомы. При частичной (до 1/4 части плаценты) отслойке симптомы могут быть не выраженными, и обнаружение отслойки возможно лишь после родов (на материнской части последа обнаруживается старый сгусток крови). Значительная (более 1/4 части), а тем более полная отслойка плаценты представляет большую опасность для матери и плода. При этом возникает острая боль в животе, иногда рвота, развиваются призна-

ки кровотечения (бледность кожи, холодный пот, затем учащение пульса, снижение АД). Матка в месте отслойки напряжена и болезненна. Сердцебиение плода нарушается или прекращается, части плода прощупываются с трудом или не определяются. Если женщина в родах, то отмечается сильное напряжение плодного пузыря не только во время схваток, но в паузах между ними. Иногда появляются кровянистые выделения из влагалища.

Неотложная помощь. Омнопон 1 мл 2% р-ра или промедол 2 мл 2% р-ра п/к.

Госпитализация безотлагательная в ближайший стационар, располагающий возможностями быстрого оперативного родоразрешения и проведения мер борьбы с анемией и шоком (на носилках).

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. Представляет собой заболевание плодного яйца, характеризующееся тем, что ворсинки хориона превращаются в пузырьки величиной от просяного зерна до вишни, заполненные светлой жидкостью. Пузырный занос бывает полным и частичным. В том и другом случае плод, как правило, погибает, развитие его возможно только при перерождении небольшого участка плаценты.

Симптомы. Наличие признаков беременности. Несоответствие между сроком беременности и величиной матки: размеры матки значительно больше, чем при нормальной беременности соответствующего срока. Отсутствуют достоверные признаки беременности (части плода не прощупываются, сердечные тоны и шевеление не определяются). Важнейшим симптомом является кровотечение из матки, которое, как правило, начинается в первые месяцы и продолжается, то ослабевая, то усиливаясь, до рождения заноса. Иногда при осмотре выделений видны пузырьки.

Течение пузырного заноса часто осложняется возникновением токсикозов беременности (рвота, отеки, нефропатия). В связи с длительным кровотечением развивается малокровие.

Неотложная помощь необходима при обильном кровотечении и состоит во введении викасола 3 мл 1% р-ра в/м, кальция-хлорида или глюконата 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна (при обильном кровотечении — на носилках), при мажущих выделениях — через женскую консультацию.

РАЗРЫВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И РОДОВЫХ ПУТЕЙ

(шейки матки, влагалища и промежности). Наступает в родах, чаще при недостаточно полном открытии зева, наложении акушерских щипцов, извлечении плода за тазовый конец и т. п. Иногда из поврежденных тканей наблюдается значительное кровотечение. Постановке диагноза помогает осмотр промежности, а также влагалища и шейки матки с помощью зеркал.

Неотложная помощь необходима лишь при обильном кровотечении. Викасол 1—3 мл 1% р-ра в/м, кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в. При массивном кровотечении может потребоваться тампонада раны или зажатие кровоточащего сосуда.

Госпитализация обязательна (на носилках).

РАЗРЫВ ТЕЛА МАТКИ. Одно из наиболее тяжелых осложнений поздних сроков беременности и родов, заключающееся в полном (с повреждением всех слоев матки) или частичном (с сохранившейся целостью серозного покрова) разрыве матки. Возникает чаще после перенесенных воспалительных процессов в миометрии, различных операций на матке, а также при узком тазе, запущенном неправильном (поперечном, косом) положении плода, крупном плоде (вес свыше 4,5 кг), гидроцефалии плода и др. Различают разрывы матки самопроизвольные и насильственные. Последние чаще связаны с неправильным оперативным вмешательством (наложение «высоких щипцов», поворот плода на ножку при запущенных поперечных положениях и др). Разрывы могут происходить в любом отделе матки, но чаще всего наблюдаются в нижнем ее сегменте. Различают угрожающий и совершившийся разрыв матки.

Симптомы угрожающего разрыва — бурная родовая деятельность (частые, резко болезненные схватки и потуги), болезненность нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца (на уровне пупка), напряжение и болезненность в области круглых связок, иногда отек шейки матки, влагалища и наружных половых органов. Большая родовая опухоль в области предлежащей части. Затрудненное мочеиспускание. Роженица возбуждена, кричит, хватается за живот, испытывает чувство страха. Пульс и дыхание учащены.

Симптомы совершившегося разрыва — родовая деятельность прекращается, на короткое время исчезают боли, сравнительно быстро развиваются признаки внутреннего кровотечения (бледность кожи, частый слабый пульс, снижение АД, раздражение брюшины при мягком животе). Контуры матки исчезают, предлежа-

щая часть плода становится подвижной или исчезает, нередко при полном разрыве матки прощупываются части плода под брюшной стенкой. Сердцебиение плода не определяется. Роженица обычно угнетена, покрыта холодным потом (торпидная фаза шока).

Неотложная помощь при угрожающем разрыве матки направлена на прекращение или ослабление родовой деятельности. С этой целью вводят омнопон или морфин 1 мл 1—2% р-ра п/к, проводят неглубокий масочный наркоз закисью азота с кислородом (2:1). При совершившемся разрыве производится плотная тампонада влагалища, бинтование живота, омнопон или морфин 1 мл 1% р-ра п/к, викасол 3 мл 1% р-ра в/м, кальция хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация срочная в ближайшее акушерское или хирургическое отделение с предварительным сообщением работникам стационара о необходимости подготовки к приему больной.

РОДЫ. Физиологический процесс, при котором происходит изгнание из полости матки через родовые пути плода и последа. Наступают в среднем после 10 акушерских месяцев (280 дней или 40 недель) беременности.

О приближении родов можно судить по ряду признаков (предвестников): в конце беременности (за 2—3 недели) до родов дно матки опускается; опускается предлежащая часть плода; шейка матки размягчается, немного укорачивается, располагается по оси таза; усиливаются выделения из влагалища слизистого секрета желез шейки матки; женщина все чаще ощущает сокращение матки в виде тянущих болей в низу живота и в области крестца.

Началом родов считается появление регулярных схваток. Весь родовой процесс разделяется на три периода: раскрытия, изгнания, последовый период.

Период раскрытия характеризуется наличием регулярных схваток сначала по 15—20 сек через 10—15 мин, а затем по 40—50 сек и более через 1—2 мин. Сокращения матки приводят к сглаживанию и раскрытию шейки матки. При раскрытии шейки до 10 см (5 поперечных акушерских пальцев) первый период заканчивается. Он длится в среднем 6—12 часов. К концу первого периода в норме происходит разрыв плодного пузыря и отхождение околоплодных вод.

Период изгнания начинается после полного раскрытия зева, характеризуется наличием потуг (одновременное сокращение мускулатуры матки и брюшного пресс-

са). Длится в норме не более 2 часов и заканчивается рождением плода.

Последовый период начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа (плаценты, пуповины, оболочек). Продолжительность третьего периода не более 2 часов (чаще 15—30 мин).

При отхождении вод, когда предлежащая часть находится высоко и легко смещается (многоводие, узкий таз и др.), могут выпасть ручка, пуповина. Это осложнение является весьма опасным из-за нарушения пространственного взаимоотношения между головкой плода и тазом роженицы. Выпавшая петля пуповины сдавливается между предлежащей частью и стенкой таза, в ее сосудах нарушается кровообращение, и это может привести к гибели плода.

Рождение последа всегда сопровождается кровопотерей (в норме 300 мл). Потеря крови до 400 мл рассматривается как граничащая с патологической, превышающая 400 мл — считается патологической. Причиной ее могут быть нарушения сократительной функции матки (см. «Кровотечение атоническое и гипотоническое»), задержка последа и его частей и др.

Неотложная помощь. Во всех случаях осложнения родов (выпадение мелких частей плода, патологическое кровотечение) следует вызвать специализированную или общую врачебную бригаду. 1. Если выпадение ручки произошло при головном предлежании и подвижной головке, можно попытаться осторожно сместить головку вверх и заправить ручку за головку. 2. Если это не удается, то при наличии условий (достаточная подвижность плода при отошедших водах и полном раскрытии) делают поворот плода на ножку с последующим извлечением. При отсутствии условий для поворота показано кесарево сечение. 3. Если пуповина выпала при подвижной головке и неполном открытии зева, надо попытаться ее заправить (только в том случае, если установлено, что сосуды пуповины пульсируют и плод жив), а на головку наложить кожно-головные щипцы по Иванову. 4. При патологическом кровотечении в последовом периоде ручное отделение и выделение последа, массаж матки на кулаке и введение 1 мл одного из средств, стимулирующих сократительную функцию матки (питуитрин «М» или «Р» п/к, окситоцин п/к, эрготал п/к или в/м, прегнантол п/к или в/м по 1 мл).

РОДЫ СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ. О стремительных родах говорят в тех случаях, когда общая продолжительность всех трех периодов родового акта составляет от 30 минут до 3 часов. Стремительные роды могут произойти дома, на улице, в транспорте и т. д.

Симптомы. Родовая деятельность начинается внезапно и сопровождается чрезмерно сильными схватками и потугами с короткими паузами между ними. Стремительные роды могут быть осложнены обмороком (из-за анемического состояния мозга), гипотонией матки, приводящей к кровотечению (после завершения родов), обширным разрывом родовых путей (шейки матки, влагалища, промежности), асфиксией плода и новорожденного, травмами плода, разрывом пуповины и др.

Неотложная помощь. 1. Роженицу уложить на бок (в период раскрытия и изгнания). 2. Омнопон или морфин 1 мл 1—2% р-ра п/к. 3. Наркоз эфирный или закись азота с кислородом 2:1.

Госпитализация обязательна в близлежащий акушерский стационар.

ЭКЛАМПСИЯ. Возникает в результате неправильного лечения нефропатии и представляет собою последнюю стадию токсикоза беременных. Она может наступить у беременных, рожениц и родильниц.

Преэклампсия — переходная стадия от нефропатии и эклампсии.

Симптомы преэклампсии. Кроме симптомов, характерных для нефропатии (отеки, гипертензия, альбуминурия), характерны головная боль, расстройство зрения (мелькание мушек, пелена перед глазами), бессонница, боль в подложечной области, тошнота, рвота, подавленное настроение, иногда кожный зуд, в особенности крыльев и кончика носа. Такое состояние длится кратковременно, иногда до 2—4-х суток, и при отсутствии энергичного лечения может перейти в эклампсию.

Симптомы эклампсии развиваются, как правило, на фоне преэклампсии. Для эклампсии, кроме симптомов, присущих для нефропатии и преэклампсии, характерны приступы судорожных припадков, продолжающиеся 1—2 мин и состоящие из четырех последовательных стадий. Перед припадком обычно усиливается головная боль, ухудшается зрение, повышастся АД. Затем мелкое подергивание мышц лица, веки закрываются, углы рта опускаются. Первая стадия длится около

30 сек. Во второй стадии (продолжительность 10—20 сек) голова запрокидывается, тело вытягивается и напрягается, спина изгибается, челюсти плотно сжимаются. Лицо бледнеет, зрачки расширяются, потом глаза закатываются так, что видимыми остаются только белки. Апноэ, слезотечение, тонические судороги. Третья стадия (30—90 сек) сопровождается клоническими судорогами (бурное подергивание мышц всего тела). Продолжается апноэ, в результате чего лицо приобретает синюшно-багровый цвет. Пульс не прощупывается или нитевидный. Постепенно судороги прекращаются. Больная делает судорожный вдох, после чего дыхание становится глубоким и ровным. Четвертая стадия — разрешение припадка. Кожа лица розовеет, пульс улучшается, зрачки суживаются. Изо рта выделяется пена с примесью крови. Сознание возвращается постепенно. Больная ничего не помнит, жалуется на общую слабость и головную боль. Иногда новый припадок может начаться, когда больная еще не пришла в сознание.

Если лечение не проводится, припадки могут повторяться — от 2 до 10 и более. Приступ эклампсии следует дифференцировать с эпилепсией, истерией, уремией.

Эклампсия опасна для матери и плода. Во время припадка могут иметь место прикус языка, переломы, разрывы мышц, ушибы, развиться анурия, аспирационная пневмония, психоз. Женщина может погибнуть во время любого, даже первого припадка от кровоизлияния в мозг, асфиксии, отека легких, падения сердечной деятельности.

Неотложная помощь. 1. Полный покой, устранение всяких раздражающих факторов (шум, боли, громкий разговор и т. д.). 2. Между зубами ввести роторасширитель (шпатель, обернутый марлей). 3. Наркоз эфиром или закисью азота с кислородом (2:1). 4. Магний-сульфат 10—20 мл 25% р-ра, аминазин 1—2 мл 2,5 р-ра в/в. 5. Глюкоза 20—30 мл 40% р-ра с новокаином 10—20 мл 0,5% р-ра в/в. 6. После припадка ингаляции кислородом.

Госпитализация обязательна после прекращения припадка и оказания неотложной помощи, предпочтительно в состоянии наркозного сна.

АДНЕКСИТ ОСТРЫЙ. Воспаления придатков матки — трубы (сальпингит), яичника (оофорит) или обоих вместе (сальпингоофорит) — объединяют одним названием: аднексит. Заболевание вызывается различными штаммами кишечной палочки, стафилококком, стрептококком, чаще гонококком, туберкулезной микобактерией и др. Часто возникает после криминальных абортов, аденовирусной инфекции, гонореи и других заболеваний инфекционной этиологии.

Симптомы. Резкая боль в низу живота с одной или обеих сторон, иногда метеоризм. Ухудшение общего состояния, учащение пульса, повышение температуры тела, тошнота, иногда рвота. Из влагалища возможны гноевидные или кровянистые выделения. Обычно имеется нарушение менструального цикла вплоть до массивных маточных кровотечений.

При влагалищном исследовании, отмечающемся резкой болезненностью, определяется одно- или двустороннее воспаление придатков матки; они прощупываются в виде веретенообразной (при одновременном воспалении трубы и яичников) или округлой (при воспалении одного яичника) инфильтрации.

Дифференциальный диагноз с острым аппендицитом (!), внематочной беременностью, кистой яичника.

Неотложная помощь. 1. Холод на низ живота. 2. Анальгин 2—3 мл 50% р-ра в/м. 3. Новокаин 50 мл 0,5% р-ра в клизме.

Госпитализация в гинекологическое отделение.

БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕНСТРУАЦИИ (альгодисменорея) могут быть обусловлены воспалительными заболеваниями гениталий, инфантилизмом и др.

Симптомы. Обычно за 1—2 дня до менструации или в течение первых 1—2 дней появляются сильные схваткообразные боли в низу живота, пояснице и кресте. При тяжелой форме могут возникнуть боли в области сердца, тошнота, рвота, головная боль, кожный зуд, иногда повышается температура тела, нарушается сон. Во время менструации у некоторых женщин при альгодисменорее отторгается функциональный слой эндотелия.

Неотложная помощь. 1. Постельный режим на дому. 2. Болеутоляющие — экстракт красавки в свечах, анальгин 2—4 мл 50% р-ра в/м. 3. Но-шпа 2 мл, папа-

верин 1 мл 2% р-ра, атропина сульфат 1 мл 0,1% р-ра п/к.

Госпитализация обычно не показана. Больная должна быть направлена в женскую консультацию для обследования и дальнейшего лечения.

БАРТОЛИНИТ ОСТРЫЙ. Острое гнойное воспаление бартолиниевой железы, вызванное внедрением гноеродных микробов в ее ткань.

Симптомы. Болезненная, флюктуирующая припухлость в области больших срамных губ, кожа над ней болезненна и гиперемирована. Повышение температуры тела от субфебрильной в начальный период до 38—39° С при образовании абсцесса. Боли при этом усиливаются не только при ходьбе, но не прекращаются и в покое. Дифференцировать с кистой бартолиниевой железы, гематомой травматического происхождения.

Неотложная помощь. При начальных явлениях — холод, анальгин (2—3 мл 50% р-ра) в/м.

Госпитализация обязательна.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ МЕТРОПАТИЯ. Является следствием повышенной секреции некоторых гормонов (эстрогенов) и связанным с ней чрезмерным разрастанием слизистой оболочки (эндометрия) матки. На определенном этапе часть эндометрия, некротизируясь, отторгается и это создает предпосылки для длительного трудноостанавливаемого маточного кровотечения.

Симптомы. Ведущим симптомом является длительное (от мажущего до обильного) кровотечение, которое возникает после 6—8-недельной, а иногда 12—16-недельной аменореи. В результате продолжительной кровопотери может развиться вторичное малокровие.

Неотложная помощь. 1. Питуитрин «М» 1 мл, маммофизин 1 мл, окситоцин 1 мл, эрготал 1 мл п/к. 2. Викасол 2—4 мл 10% р-ра в/м. 3. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация показана при обильном кровотечении и явлениях малокровия.

ГИПЕРМЕНОРЕЯ (см. «Меноррагия»).

МЕНОРРАГИЯ — маточное кровотечение во время менструации. Различают чрезмерно сильные (гипер-менорея), длительные или затяжные (полименорея) и частые менструации (пройоменорея).

Симптомы. В зависимости от вида меноррагии кровянистые выделения из матки могут быть длительными (до 10—12 дней и более), обильными или повто-

ряющимися через короткие менопаузы. Менструальная кровь дефибринирована и, в отличие от маточных кровотечений, выделяется в меньшем объеме и без образования кровянистых сгустков.

Неотложная помощь. 1. Викасол 2—3 мл 1% р-ра в/в. 2. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в. 3. Питуитрин «М» 1 мл, окситоцин 1 мл, маммофизин 1 мл п/к.

Госпитализация показана лишь при массивном кровотечении.

МЕТРОРРАГИЯ. Маточное кровотечение, не связанное с менструальным циклом (может совпадать с менструацией). Встречается при различных осложнениях беременности (аборты, внематочная беременность, пузырный занос, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты) и многих гинекологических заболеваниях (эндометритах, полипах и злокачественных новообразованиях матки, эрозиях шейки матки, подслизистых фибромах матки и др). Могут быть как незначительными, так и массивными, угрожающими жизни. Кровотечения при гинекологических заболеваниях часто возникают после травматических воздействий (в процессе ручного или инструментального исследования, во время полового акта и др).

Неотложная помощь. При обильном кровотечении: 1. Викасол 3 мл 1% р-ра в/м. 2. Кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в. 3. Питуитрин 1 мл, маммофизин 1 мл, прегнантол 1 мл п/к и др.

Госпитализация при сильном кровотечении.

ПАРАМЕТРИТ. Воспаление околоматочной клетчатки. Оно может быть одно- и двусторонним или занимать все околоматочное пространство. Наблюдается чаще как осложнение внебольничного аборта, в послеродовой период и др.

Симптомы. В острой стадии характерны боли, повышение температуры тела, озноб, учащение пульса, нарушение аппетита и сна. Могут быть дизурические явления, запоры, нарушения менструации. При влагалищном исследовании определяется наличие воспалительного инфильтрата плотной консистенции, при нагноении флюктуация. Матка смещена в здоровую сторону.

Дифференциальный диагноз с острым аппендицитом, внематочной беременностью, пельвиоперитонитом.

Неотложная помощь. Холод на низ живота, анальгин 2—3 мл 50% р-ра в/м.

Госпитализация обязательна.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ. Воспаление тазовой брюшины. Часто возникает после перенесенных воспалительных поражений матки и ее придатков, внебольничных абортов и других заболеваний.

Симптомы. Заболевание развивается, как правило, остро, с повышением температуры тела, ознобом, учащением пульса, резкими болями в низу живота. Отмечается учащение и болезненность мочеиспускания, задержка стула. Живот напряжен, болезнен в нижних отделах, выражен симптом Блюмберга—Щеткина.

Влагалищное исследование выявляет резкую болезненность при движении шейки матки, выпячивание и напряжение заднего свода. Четкая пальпация матки и ее придатков затруднена из-за болезненности. Возможно образование больших гнойных скоплений с прорывом в соседние органы и брюшную полость.

Дифференциальный диагноз с параметритом, острым аппендицитом, внематочной беременностью, новообразованиями органов малого таза.

Неотложная помощь. Холод на низ живота, анальгин 2—3 мл 50% р-ра в/м.

Госпитализация обязательна.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ. Чаще встречается перекручивание ножки кисты яичника. Перекручивание сопровождается нарушением кровоснабжения в пораженном органе.

Симптомы. Заболевание начинается с внезапных (чаще после травмы, резкого движения) резких болей в низу живота. Боли, как правило, постоянные, иррадиируют в ноги и поясницу. Живот вздут. Рефлекторно напрягаются мышцы живота. Вскоре повышается температура тела, учащается пульс, возникает тошнота, рвота. При влагалищном исследовании (у девочек — ректальном) определяется плотная, резко болезненная, малоподвижная, шарообразная опухоль.

Дифференциальный диагноз — с острым пельвиоперитонитом, внематочной беременностью, острым аппендицитом, почечной коликой.

Неотложная помощь. Холод на низ живота, анальгин 2—3 мл 50% р-ра в/м, но-шпа 2 мл в/м.

Госпитализация срочная для оперативного лечения (на носилках).

РАЗРЫВ КИСТЫ ЯИЧНИКА (см. «Разрыв и кровоизлияние в яичник»).

РАЗРЫВ И КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ЯИЧНИК. Часто возникает во время овуляции (в конце 2—3-й, в начале 3—4-й недели после менструации) и главным образом у девушек и молодых женщин. Заболеванию сопутствуют эндокринные нарушения, кистоидные перерождения яичника и др.

Симптомы. Резкая боль в низу живота, пояснице, часто локализующаяся над паховой связкой. В отдельных случаях интенсивное внутреннее кровотечение. Боли быстро распространяются по всему животу с иррадиацией в промежность, бедро. Возможны шок и коллапс, падение АД, учащение пульса, рвоты. Возможны одновременные кровянистые выделения из влагалища.

Дифференциальный диагноз с нарушенной внематочной беременностью, трубным абортом, внутренним кровотечением другого происхождения.

Неотложная помощь. 1. Анальгин 2—3 мл 50% р-р в/м. 2. При явлениях внутреннего кровотечения викасол 3 мл 1% р-ра в/м, кальций-хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна (на носилках).

САЛЬПИНГИТ (см. «Аднексит острый»).

ЮВЕНИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. Заболевание, встречающееся у девочек периода полового созревания и проявляющееся обильными маточными кровотечениями. Причины ювенильного кровотечения выяснены недостаточно, однако известно, что они являются лишь симптомом других патологических процессов в организме.

Симптомы. По клиническому течению ювенильные кровотечения очень разнообразны: в одних случаях возникают внезапно и бывают обильными, быстро приводящими к анемии, в других — длительными (в течение нескольких недель), скупыми, также приводящими к анемии. В некоторых случаях кровотечение профузное, быстро приводящее к тяжелому состоянию. Кровотечению часто предшествует более или менее длительный период аменореи.

Неотложная помощь. 1. Питуитрин 1 мл, окситоцин 1 мл, прегнантол 1 мл, маммофизин 1 мл п/к. 2. Викасол 3 мл 1% р-ра в/м. 3. Кальция хлорид или глюконат 10 мл 10% р-ра в/в.

Госпитализация обязательна при большой кровопотере.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОСНАЩЕНИЕ АВТОМАШИНЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(приложение № 3 к приказу Министра здравоохранения СССР № 750 от 23. 12. 61 г.)

Все санитарные машины должны иметь:

1. Двое носилок универсального образца
2. Лямки для носилок
3. Щит для транспортировки больных с повреждениями позвоночника и таза
4. Аппарат портативный, наркозный АН-8 для наркоза закисью азота
5. Кислородный ингалятор КИ-3М
6. Аппарат для искусственного дыхания ДП-2.
7. Аппарат для искусственного дыхания ручной РП-1
8. Тонометр
9. Набор транспортных шин в чехле
10. Сумку врача скорой медицинской помощи с набором медикаментов, перевязочного материала, инструментария, шприцев и др.
11. Родовой пакет
12. Чемодан с санитарным имуществом
13. Флягу с кипяченой водой
14. Плевательницу
15. Бланки сопроводительных листов
16. Инструкции «Первая помощь при острых отравлениях»

ОПИСЬ СУМКИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Медикаменты

Кордиамин в ампулах по 2 мл	8 амп.
Камфорное масло 20% в ампулах по 2,0	5 амп.
Кофеин 10% мл в амп.	3 амп.
Морфин 1% по 1 мл в амп.	3 амп.
Промедол 2% по 1 мл в амп.	3 амп.
Омнопон 2% по 1 мл в амп.	3 амп.
Атропин 0,1% по 1 мл в амп.	3 амп.
Платифиллин 0,2% по 1 мл в амп.	3 амп.
Адреналин 0,1 по 1 мл в амп.	2 амп.
Эфедрин 5% по 1 мл в амп.	3 амп.
Лобелин (цититон) 1% по 1мл в амп.	3 амп.
Эуфиллин 2,4% по 10 мл или 24% по 1 мл	4 амп.
Дибазол 1% по 1 мл в амп.	4 амп.
Аминазин 2,5% по 2 мл в амп.	4 амп.
Димедрол 2% по 2 мл в амп.	2 амп.
Строфантин 0,05% по 1 мл в амп.	3 амп.
Коргликон 0,06% по 1 мл в амп.	3 амп.
Новокаин 2% по 5 мл в амп.	6 амп.
Новокаин 2% по 2 мл в амп.	3 амп.
Новокаин 1% по 10 мл в амп.	5 амп.
Глюкоза 40% по 10 мл в амп.	5 амп.
Сернокислая магнезия 25% р-ра по 10 мл в амп.	2 амп.
Хлоралгидрат по 2 г.	3 трубки
Глюконат кальция 10% по 10 мл в амп.	2 амп.
Нитроглицерин 1% по 5 мл во флаконе	1 флакон
Валидол раствор 5 г во флаконе	1 флакон
Настойка валерианы с ландышем	15,0
Марганцевокислый калий в стекл. трубках по 3г.	1 трубка
Двууглекислая сода	30,0
Настойка белладонны	15,0
Противоядие при отравлении солями тяжелых металлов	100,0
Унитиол 5% по 5 мл в амп.	2 амп.

Кипяченая вода	50,0
Противоожоговая жидкость	250,0
Эфир во флаконах	1 флакон
Спирт винный	30,0 мл.
Дикаин 0,5% во флаконах	3,0 шт.
Вазелиновое масло стерильное	30,0 мл.
Йодная настойка	20,0 мл.
Перекись водорода	20,0 мл.
Нашатырный спирт	20,0 мл.
Анатоксин столбнячный в ампулах	2 амп.
Сыворотка противостолбнячная в амп.	2 амп.
Противошоковый раствор	500,0
Викасол 1% по 5 мл в ампулах	2 амп.
Новокаинамид 10% по 5 мл в ампулах	2 амп.
Мезатон 1% по 1 мл в амп.	4 амп.
Норадреналин 0,1% по 1 мл	5 амп.
Папаверин 2% по 2 мл в амп.	2 амп.
Текодин 1% 1 мл в амп.	2 амп.
Полиглюкин	400,0
Физиологический раствор по 10 мл	2 амп.

2. Инструменты, предметы ухода и проч.

Фонендоскоп (стетоскоп)	1 шт.
Скальпель	1 шт.
Ножницы	2 шт.
Пинцет анатомический	1 шт.
Зажимы кровоостанавливающие	2 шт.
Роторасширитель	1 шт.
Языкодержатель	1 шт.
Зонд желобоватый	1 шт.
Шпатель металлический	2 шт.
Шприц 2 г в футляре	1 шт.
Шприц 5 г в стерильной укладке	1 шт.
Шприц 10 г в стерильной укладке	1 шт.
Шприц 20 г в стерильной укладке	1 шт.
Иглы к шприцам разные	6 шт.
Игла для переливания крови	1 шт.

Пробирка для игл	1 шт.
Хирургические иглы стерильные в укладке	3 шт.
Шелк хирургический	1 шт.
Термометр медицинский	1 шт.
Мензурка для лекарств	1 шт.
Катетер эластичный для взрослых	1 шт.
Катетер эластичный детский	1 шт.
Воронка резиновая (хранится в чемодане)	1 шт.
Зонды желудочные для взрослых и детские (хранятся в чемодане)	2 шт.
Баллон резиновый 50,0	1 шт.
Эластический жгут	1 шт.
Ранорасширитель	1 шт.
Зонд для тампонады носа	1 шт.
Иглодержатель	1 шт.
Бритва безопасная с лезвиями	1 комплект
Резиновая трубка (для венепункции)	1 шт.
Пипетки	2 шт.
Перкуссионный молоток	2 шт.
Палочки для йода	10 шт.
Портативная система для трансфузии	2 шт.
Трахеотомический набор	1 шт.
Напальчник металлический	1 шт.

3. Перевязочный материал

Бинты 14×7 см	2 шт.
Бинты 10×5 см	3 шт.
Бинты 7×5 см	3 шт.
Ватно-марлевые пакеты 15×15, 10×10	8 шт.
Стерильные простыни	1 шт.
Лейкопластырь (двух размеров)	2 кор.
Бактерицидный пластырь	1 кор.
Косынки	2 шт.
Перчатки медицинские	1 пара
Вата компрессная	15,0 г
Вата гигроскопическая	25,0 г

Опись содержимого чемодана с санитарным имуществом

Подушка	1 шт.
Одеяло	2 шт.
Наволочки	2 шт.
Простыни	2 шт.
Полотенце	1 шт.
Вата тепловая	100,0 г.
Грелка резиновая	2 шт.
Фонарь электрический карманный	1 шт.
Перчатки медицинские	1 пара.
Воронка резиновая с желудочным зондом	1 шт.
Клеенка подкладная	1 шт.
Мыльница	1 шт.
Мыло	1 шт.
Пузырь для льда	1 шт.
Тазик почкообразный	1 шт.
Кружка алюминиевая	1 шт.
Фартук клеенчатый	1 шт.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Аборт 178
Абсцесс заглоточный 110
Абсцесс паратонзиллярный 110
Аднексит острый 190
Аконит (отравл.) — см. «Никотин» 77
Акрихин (отравл.) — см. «Хинин» 86
Алкоголь (отравл.) 60
Аллергические реакции 90
Амидопирин (отравл.) 61
Аминазин (отравл.) 62
Амитал натрия (отравл.) — см. «Барбитураты» 63
Амитриптилин (отравл.) 62
Анальгин (отравл.) — см. «Амидопирин» 63
Анафилактический шок 13
Апдаксин (отравл.) — см. «Транквилизаторы» 63
Аневризма аорты 15
Анилин (отравл.) 63
Антабус (отравл.) 64
Антидоты при отравлении 58
Антикоагулянты (отравл.) 64
Антифриз (отравл.) 64
Аппендицит 111
Аритмии сердца 16
Арсенат кальция (отравл.) — см. «Мышьяк» 76
Аскофен (отравл.) — см. «Ацетилсалициловая кислота» 65
Аспирин (отравл.) — см. «Ацетилсалициловая кислота» 65
Астма бронхиальная 22, 91
Астма сердечная 23
Асфиксия механическая 114
Асфиксия новорожденного 93
Атропин (отравл.) 65
Ацетилен (отравл.) 77
Ацетон (отравл.) 66
Аэрон (отравл.) — см. «Атропин» 65

Б

Барбитураты (отравл.) 67
Барий и его соли (отравл.) 68
Бартолинит острый 191
Белласпон (отравл.) — см. «Беллоид» 68
Беллатаминал (отравл.) — см. «Беллоид» 68
Беллоид (отравл.) 68
Бензин (отравл.) 69
Беременность внематочная 180
Бледная поганка (отравл.) 71
Блокада сердца 21
Брадикардия 16
Бронхопневмония 48

В

Вывихи травматические 115
« в локтевом
« суставе 115
« голени, в коленном
« суставе 118
« кисти 117
« ключицы 119
« надколенника, голеностопного сустава 118
« нижней челюсти 119

Вывихи пальцев стопы 119
« плеча 115
« позвонков 119
« тазобедренного
« сустава 117
Выпадение прямой кишки 120
Выпадение пуповины и мелких частей плода 181

Г

Гангрена газовая 121
Галоперидол (отравл.) — см. «Аминазин» 71
Гексахлоран (отравл.) — см. «Хлорорганические соединения» 71
Гемартроз 122
Геморрагическая метропатия 191
Гепарин (отравл.) — см. «Антикоагулянты» 64
Гептахлор (отравл.) — см. «Хлорорганические ядохимикаты» 88
Героин (отравл.) — см. «Морфин» 75
Гидрохинон (отравл.) — см. «Анилин» 63
Гипертонический криз 24
Гломерулонефрит 25
Глаукома 122
Грыжи 123

Д

ДДТ (отравл.) — см. «Хлорорганические ядохимикаты» 88
Дефибрилляция желудочков 5
Диацид (отравл.) — см. «Ртуть» 78
Дигиталис (отравл.) — см. «Сердечные гликозиды» 72
Дигоксин (отравл.) — см. «Сердечные гликозиды» 72
Дигитоксин (отравл.) — см. «Сердечные гликозиды» 72
Дикумарин (отравл.) — см. «Антикоагулянты» 64
Дихлорэтан (отравл.) — см. «Хлорированные углеводороды» 72
Димедрол (отравл.) — 72
Древесный спирт (отравл.) — см. «Алкоголь» 72
Дроперидол (отравл.) — см. «Аминазин» 72

Ж

Желчная (печеночная) колика 26

З

Закись азота (отравл.) 77
Змейный яд — см. «Укусы змей» 72

И

Инородные тела глаза 124
« гортани, трахеи,
« бронхов 125
« желудка, кишечника 125
« мягких тканей 126
« пищевода 126
« прямой кишки 126
Инсульт 27
Инфаркт миокарда 30
Искусственная вентиляция легких 3
Ишемическая болезнь сердца 29

Й

Йод (отравление) 70
Йодистый калий (отравл.) — см. «Йод» 70
Йодистый натрий (отравл.) — см. «Йод» 70

К

Калий едкий (отравл.) — см. «Щелочи едкие» 72
Калий перманганат

(отравл.) 72
Калий цианистый (отравл.)— см. «Синильная кислота» 73
Каломель (отравл.) — см. «Ртуть» 73
Карболовая кислота (отравл.) — см. «Фенол» 84
Карбофос (отравл.) — см. «фосфорорганические вещества» 73
Кардиалгия невротическая 32
Каустическая сода (отравл.)— см. «Щелочи едкие» 89
Керосин (отравл.) — см. «Бензин» 69
Киноварь (отравл.)— см. «Ртуть» 78
Кислота азотная (отравл.) 73
« серная (отравл.) 73
« соляная (отравл.) 73
« щавелевая (отравл.) 73
« уксусная (отравл.) 73
Клей БФ (отравл.) 74
Кодеин (отравл.)— см. «Морфин» 75
Кома гипогликемическая 34, 95
« диабетическая 33, 94
« печеночная 36
« уремическая 35
Кофеин (отравл.) 74
Крапивница 37
Крезол (отравл.)—см. «Фенол» 84
Кровотечение из полости рта 132
« легочное 131
« носовое 132
« пищевода 131
« послеродовое 132
« урологическое 133
Кровотечения 126, 181, 182
Купорос меди (отравл.)— см. «Медь» 74

Л

Ландыша препараты (отравл.)— см. «Сердечные гликозиды» 79
Ларинготрахеит стенозирующий (круп) 95
Легочное сердце 38
Лизол (отравл.) — см. «Фенол» 84
Лосьоны (отравл.)— см. «Суррогаты алкоголя» 61
Люголя раствор (отравл.)— см. «Иод» 70

М

Массаж сердца (закрытый) 4
Менингит менингококковый 39
« гнойный вторичный 40
« серозный 40
« туберкулезный 40
Меднал (отравл.)— см. «Барбитураты» 67
Медь, ее соединения (отравл.) 74
Менорргия 191
Менструация болезненная 190
Мепробамат (отравл.)— см. «Транквилизаторы» 82
Мепротан (отравл.)—см. «Транквилизаторы» 82
Меркурал (отравл.)— см. «Ртуть» 78
Метан (отравл.) 77
Метиловый спирт (отравл.) 60
Метроррагия 192
Миньера синдром 41

Н

Наперстянка (отравл.)— см. «Сердечные гликозиды» 79
Настойка опия (отравл.)— см. «Морфин» 75
Нашатырный спирт (отравл.)— см. «Щелочи едкие» 69
Невралгии 41
Нейролептики (отравл.)— см.

«Аминазин» 62
Непроходимость кишечника 134
Никотин (отравл.) 77
Нитраты и нитриты (отравл.) — см. «Анилин» 63
Нитробензол (отравл.) — см. «Анилин» 63
Новарсенол (отравл.) — см. «Мышьяк» 76
Нозепам (отравл.) — см. «Транквилизаторы» 82
Норсирон (отравл.) — см. «Барбитураты» 67

О

Обморок 42
Одеколон (отравл.) — см. «Суррогаты алкоголя» 61
Ожоги глаз 136
« термические 137
« химические 138
Окислы азота (отравл.) 70
Окись углерода (отравл.) — см. «Угарный газ» 82
Омнопон (отравл.) — см. «Морфин» 75
Остановка кровообращения 7
Острая дыхательная недостаточность 6
Острый живот 139
Острый парапроктит 140
Острое нарушение кровообращения 7
Отек Квинке (ангионевротический отек) 90
Отек легких 13
Отит 140
Отморожения 141
Отравления 54

П

Панкреатит острый 142
Параметрит 192
Парижская зелень (отравл.) — см. «Мышьяк», 76
Пахикарпин (отравл.) 78
Пелентан (отравл.) — см. «Антикоагулянты» 64
Пельвеоперитонит 193
Перекручивание ножки опухоли внутренних гениталий 193
Переломы костей 143
« бедра 155
« голени 156
« ключицы 148
« лодыжек 157
« лопатки 149
« надколенника 156
« пальцев кисти 152
« плеча 149
« позвоночника 152
« предплечья 150
« ребер 149
« стопы 157
« таза 154
« челюстей 147
« черепа 145
Перитонит острый 158
Пиелит беременных 182
Пилороспазм 105
Пилоростеноз 105
Плеврит сухой 45
« экссудативный 46
Пневмония крупозная 46
« очаговая 48
« у детей 105
Пневмоторакс закрытый 170
« открытый 170
« спонтанный 49
Повреждения сердца 171
Поганка бледная (отравл.) — см. «Грибы ядовитые» 71
Политура (отравл.) — см. «Суррогаты алкоголя» 61
Почечная колика 159
Предлежание плаценты 183
Преждевременная отслойка плаценты 183
Прободная язва желудка 159

Промедол (отравл.)—см. «Морфин» 75
Промывание желудка 56
Пузырный занос 184

Р

Разрыв кисты яичника (см. разрыв и кровоизлияние в яичник) 193
Разрыв мягких тканей и родовых путей 184
« тела матки 185
Ранение глаз 161
Растяжение связок 162
Рвота ацетонемическая 107
Резорцин (отравл.)— см. «Фенол» 84
Реланиум (отравл.)— см. «Транквилизаторы» 82
Роды 186
« стремительные 188
Ртуть (отравл.) 78

С

Сайодин (отравл.) — см. «Йод» 70
Свинец (отравл.) 80
Сдавление головного мозга 172
Седуксен (отравл.)— см. «Транквилизаторы» 80
Сердечные гипотензии 7
Сердечные гликозиды (отравл.) 79
Сероуглерод (отравл.) 77
Синильная кислота (отравл.) 80
Солнечный удар 51
Сосудистые гипотензии 7
Сотрясение головного мозга 172
Спирт гидролизный (отравл.) — см. «Суррогаты алкоголя» 61
Стенокардия 29
Судороги новорожденных 101
« при спазмофилии 101
Судороги при эпилепсии у детей 102
Судорожный синдром 99
Сулема (отравл.) — см. «Ртуть» 78
Сульфаниламиды (отравл.) 81
Сульфат анабазина (отравл.) 77
Суррогаты алкоголя (отравл.) 61

Т

Тазепам (отравл.)— см. «Транквилизаторы» 82
Тахикардия 17
Текодин (отравл.)— см. «Морфин» 75
Тепловой удар 51
Тетраэтилсвинец (отравл.) 81
Тиофос (отравл.)— см. «Фосфорорганические вещества» 85
Токсикоз с эксикозом 103
Тормозная жидкость (отравл.)— см. «Антифриз» 64
Травма гортани и трахеи 164
« грудной клетки 167, 169
« живота 164
« мениска коленного
« сустава 166
« уха 167
« черепно-мозговая 171
Транквилизаторы (отравл.)82
Трионсазин (отравл.) — см. «Транквилизаторы» 82
Трихлорэтилен (отравл.)— см. «Хлорированные углеводороды» 87
Тромбоз геморроидальных узлов 174

У

Угарный газ (отравл.) 82

Уксусная кислота (отравл.) — см. «Кислоты» 73
Укусы змей 83
Утопление 9
Ушиб 174
Ушиб головного мозга 173

Ф

Фенилгидрозин (отравл.) — см. «Анилин» 63
Фенилин (отравл.) — см. «Антикоагулянты» 63
Фенобарбитал (отравл.) — см. «Барбитураты» 67
Фенол (отравл.) 84
Формалин (отравл.) 85
Фосфорорганические вещества (отравл.) 85
Фосфамид (отравл.) — см. «Фосфорорганические вещества» 85

Х

Хинин (отравл.) 86
Хлор (отравл.) 70
Хлорафен (отравл.) — см. «Хлорорганические ядохимикаты» 88
Хлорированные углеводороды (отравл.) 87
Хлорная известь (отравл.) — см. «Щелочи едкие» 89
Хлорорганические ядохимикаты (отравл.) 88
Хлороформ (отравл.) 77
Хлорофос (отравл.) — см. «Фосфорорганические вещества» 88
Хлортен (отравл.) — см. «Хлорорганические ядохимикаты» 88
Хлорэтил (отравл.) 77
Холепатии у детей 108
Холецистит острый 174

Ц

Цианид калия (отравл.) — см. «Синильная кислота» 80
Цианид натрия (отравл.) — см. «Синильная кислота» 80

Ч

Четыреххлористый углерод (отравл.) — см. «Хлорированные углеводороды» 87
Чемерица (отравл.) 89

Ш

Шок травматический 175

Щ

Щелочи едкие (отравл.) 89

Э

Эклампсия 50
Экстрасистолия 188
Электротравма 11
Элениум (отравл.) — см. «Транквилизаторы» 82
Эмболия артерий 177
Эпилепсия 52
Этаминал натрий (отравл.) — см. «Барбитураты» 67
Этиленгликоль (отравл.) — см. «Антифриз» 64
Этиловый спирт (отравл.) 60
Эфир (отравл.) 77

Ю

Ювенильное кровотечение 194

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. Терминальные состояния и основы реанимации при них. *С. М. Полюхов, Г. Л. Кравчик* 3
II. Внутренние болезни. *А. Д. Печеный* 13
III. Острые отравления. *С. М. Полюхов* 54
IV. Детские болезни. *Е. Ф. Баранова* 90
V. Хирургические болезни и травмы. *А. З. Перепелица* . 110
VI. Акушерство и гинекология. *А. З. Перепелица* . . 178
Приложение 195
Предметный указатель 200

СКОРАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ

Заведующий редакцией М. Фишман
Редактор М. Шапиро
Художник Н. Тарасенко
Художественный редактор В. Буев.
Технический редактор Г. Андреева.
Корректор Н. Казак

ИБ № 2675

Сдано в набор 12.09.83. Подписано к печати 19.01.84. АБ 02612. Формат 84×108¹/₃₂. Бумага тип. № 1. Гарнитура литературная. Печать высокая. Печатных листов 10,92. Усл. кр.-отт. 11,24. Уч. изд. листов 11,86. Тираж 100000. Зак. № 912. Цена 80 коп.

Издательство «Картя Молдовеняскэ»
Кишинев, пр. Ленина, 180.

Центральная типография, Кишинев, ул. Флорилор, 1. Государственный Комитет Молдавской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли.

С 44 **Скорая** доврачебная помощь: Справо
фельдшера /Под общ. ред. С. М. Полюхова.—
шинев: Картя Молдовеняскэ, 1984 — 206 с.

Книга содержит основные сведения по оказанию скорой довр
ной помощи при заболеваниях внутренних органов, острых от
ниях, травмах, нервных, детских и других болезнях.

Справочник рассчитан на средний медицинский персонал, сту
вузов и учащихся медучилищ.

С $\frac{4102000000-011}{M751(12)-84}$ 134—84

51·1(

БИБЛИОТЕЧКА
ЗАХАНДЫКИНА

80 коп: